

様式第1号（第5条関係）

大分市不育症検査費助成金給付申請書

年 月 日

大分市長 殿

大分市不育症検査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の審査に必要な場合は、医療機関や他の自治体へ照会することに同意します。また、不育症検査結果個票の内容について、受検者氏名及び実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告することに同意します。

（ふりがな） 申請者氏名	（ ）	生年月日 年 月 日（ 歳）
住 所	〒 電話 （ ）	
申 請 額	金 _____ 円（助成上限額：60,000円）	
助成状況	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 今回申請する検査費用について、他の自治体から助成を受けている <input type="checkbox"/> 助成を受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けている（自治体名： ）	

- （添付書類）
- 1 大分市不育症検査費助成事業受検証明書（様式第2号）
 - 2 不育症検査結果個票（様式第3号）
 - 3 医療機関が発行した領収書等の助成の対象となる経費の額が確認できるもの
 - 4 住民票の写し
 - 5 その他市長が必要と認める書類

大分市記入欄						
申請受理年月日	年 月 日	受給者番号				
（給付・不給付） 決定年月日	年 月 日	助成金給付決定額	円			

検査結果等について厚生労働省への報告を行うことに関する説明書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、不育症検査費の助成を受けようとする方の不育症検査結果等について、都道府県等を通じた報告への協力を求めています。

これを集計し分析することにより、厚生労働省は、当該不育症検査の今後の保険適用に向けた検討の参考とすることができます。

(2) 報告の内容・方法

大分市から、不育症検査結果個票の内容を厚生労働省に報告します。

報告に当たっては個人名の記載をしないため、内容は統計的に集計され、全国の受検者の方の状況について総計として厚生労働省は把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

検査内容や助成状況についての確認を行うことに関する説明書

申請の審査に当たり、検査内容や助成状況の確認が必要となる場合は、申請情報について医療機関や他の自治体に照会・提供を行うことがありますのでご了承ください。

なお、申請情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。