

様式第1号

岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書

(宛先) 岡崎市 長

令和 年 月 日

申請者氏名 (ふりがな)	( )	生 年 月 日	平成 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 -		
電話 (日中、連絡のとれる番号をご記入ください)	- -		
領収金額計 金 _____ 円	申請金額計 金 _____ 円		
<p>関係書類を添えて不育症検査費補助金の交付申請をします。                  なお、不育症検査費補助金交付に係る下記の説明欄の事項について全て同意します。                  ※ 自署又は記名押印すること。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			

<申請時に必要な添付書類等>

- ・岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書 (様式第2号)
- ・申請しようとする検査に係る領収書等
- ・住民票等の住所地を証明する書類 (公簿による確認が可能な場合は、省略可能)

◆補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧に関するご説明◆

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。  
 なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

◆検査の内容・結果及び妊娠の経過について行政への報告を行うことに関するご説明◆

- 報告の目的  
国では、岡崎市に対し、不育症検査結果等について報告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、国は、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用することができます。
- 報告の内容・方法  
様式第2号「岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書」に記載の検査結果等を、個人が特定されない形で、国へ報告します。

処理欄

受給者番号		<input type="checkbox"/> 申請時住民
決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認

受付印

様式第 1 号

岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書

日付は窓口でご記入いただきます。  
空欄のままお持ちください。

(宛先) 岡 崎 市 長

令和 年 月 日

(ふりがな) 申請者氏名	( おかざき はなこ )  岡崎 花子	生 年 月 日	平成 59年 4月 1日 昭和 ( 40歳)
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岡崎市若宮町〇丁目×× コーポ 202		
電話 (日中、連絡のとれる番号をご記入ください)	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
領収金額計	申請金額計		
金 96,000 円	金 60,000 円		

1回の検査につき費用の7割に相当する額と6万円のいずれか少ない方の額(1,000円未満切り捨て)をご記入ください。

関係書類を添えて不育症検査費補助金の交付申請をします。  
なお、不育症検査費補助金交付に係る下記の説明欄の事項について全て同意します。  
※ 自署又は記名押印すること。

申請者氏名 岡崎 花子

岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書を来所時に記載される方は、印鑑をお持ちください。  
(認印可、スタンプ印不可)