

不育症検査費用助成事業申請書

京都市不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、以下の事項に同意のうえ、下記のとおり申請します。

- 1 審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況等について、調査・閲覧すること。
- 2 必要な場合には、他自治体及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと。
- 3 「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うこと。

注) 太枠の中をご記入ください。		現在の住所を市(町村)名から記入してください。 マンションなど集合住宅の名称も記入してください。	記	申請者は、 ・振込先の口座名義人 ・検査受検証明書の受検者と同一としてください。	
申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日			
	(きょうと はなこ 京都 花子)	S60年 12月 10日 (37歳)			
住所	〒 604-8171 京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町566番地1 井門明治安田生命ビル201号室 電話 090(0000)0000				
過去の助成金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合 過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体名(本市含む)	時期	助成額(円)
			京都市	令和5年	60,000円
申請額	過去に受給歴がある場合は、自治体名、時期、助成額を記入してください。		金 円		
	令和〇年 〇月 〇日	提出日を記入してください。	日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
京都市長 殿					
振込先 (申請者本人の口座に限る)	金融機関名	○ × △ 銀行 本店 金庫 × × 支店 農協 出張所			
	貯金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人	(きょうと はなこ 京都 花子)	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(左詰記入)		
振込先の口座名義人は申請者と同一としてください。 金融機関名・店名・口座番号は、支店の統廃合等により変更がないか確認のうえ、記入してください。				(承認・不承認) 決定年月日	

( 添付書類 ) 不育症検査費用助成検査受検証明書  
医療機関発行の領収書(写しでも可)

※この欄は、京都市で使用しますので、記入しないでください。

要件 確認	<input type="checkbox"/> 市内在住	京都市内に住所を有した期間 年 月 日 ~ 年 月 日	確認者	
----------	-------------------------------	--------------------------------	-----	--