第１号様式（第７条関係）

八戸市不育症検査費用助成事業助成金交付申請書兼請求書

（あて先）　八戸市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

八戸市不育症検査費用助成事業の助成金交付について申請します。

・八戸市不育症検査費用助成事業に係る不育症検査の実施内容について、実施医療機関に照会することについて同意します。

・八戸市不育症検査費用助成事業検査結果個票に記入する事項について、先進医療として告示されている不育症検査実施機関として届出又は承認のある保険医療機関で受検した場合は、検査結果等を国が把握し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額  (請求額) | **金　　　　　　　　　円** | | | | | 対象検査費用の7割に相当する額（千円未満切捨て）と６万円とを比較して少ないほうの額 | | | | | | | | |
| 申請者 | ふ り が な |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日  （検査日時点　　　　歳） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 現住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 過去  助成歴 | 八戸市から過去に不育症検査費用助成を受けたことが　□無　　□有　（いずれかに✓を記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 |  | | | | | 支店名 | | |  | | | | |
| 店　番 |  |  |  | 口 座 番 号 | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 預金種別 | □普通　 　□当座  □他(　 　　　　) | | | フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 | |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | ≪毎回必要な書類≫  □　**八戸市不育症検査費用助成事業受検証明書**（検査を行った医療機関で発行）  □　**八戸市不育症検査費用助成事業検査結果個票**（検査を行った医療機関で発行）  □　**今回の検査の受診日が明記されている領収書及び明細書**（原本とコピーどちらも） |
| ≪八戸市に初めて申請する方・２回目以降の申請で変更のある方のみ≫  □　**振込先がわかる通帳等の写し** |

【説明】検査結果個票の厚生労働省への報告について

厚生労働省では、現在、研究段階にある不育症検査の保険適用を見据え、先進医療として告示されている不育症検査実施機関として届出又は承認のある保険医療機関で受検した場合は、検査結果個票の内容について提出を求めており、収集された検査結果等は保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。なお、個票における「受検者氏名及び実施医療機関名」は秘匿とした上で、その内容を八戸市から厚生労働省に報告します。

　この欄は八戸市で使用しますので、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 申請受理日　　　 　年　　月　　日 | 要件 | □住所 |
| 通知番号 |  | 決定年月日　　　 　年　　月　　日 | □証明書・個票 |
| 申請状況 | □初回 　□継続(　　　回目） | 振込年月日　　　 　年　　月　　日 | □領収書 |
| 交付可否 | □交付　　□不交付 | 支給決定額　　　　　　　 　　　円 | □通帳（新規・継続・変更） |