

香川県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

香川県知事 殿

私は、下記の同意事項の欄に記載の内容について同意のうえ、次のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	電話番号
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
※	住所	〒.....	
助成金申請額		金 _____ 円	
同意事項		<p>1 香川県が助成の決定を行うために必要な場合、次のとおり関係機関に照会することについて同意します。</p> <p>① 香川県が医療給付の有無等について、申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者、他の地方公共団体に対して照会すること。</p> <p>② 香川県が、不育症検査の内容、費用等について、関係の医療機関に対して照会すること。</p> <p>2 香川県が、助成事業の成果を把握し、今後の制度の充実等を検討するため、治療内容、治療結果を収集し、個人が特定されないよう統計的に処理したものを専門家に提供し、意見を求めること。</p> <p>3 香川県が、「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。</p>	

※ この助成金の申請者は、不育症検査を受けたご本人です。

【添付書類】

- (1) 香川県不育症検査費用受検証明書 (第2号様式)
- (2) 医療機関発行の領収書の原本 (原本は複写のうえ返却します。)
- (3) 申請者の住民票の写し (発行から3月以内の原本)
- (4) 助成金請求書 (参考様式)