

鳥取市長 様

年度鳥取市不育症検査及び治療費助成金交付申請書兼請求書

標記助成金について、鳥取市補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。なお、交付決定後は交付決定額を請求します。

記

|  |   |                                   |              |                   |  |  |   |
|--|---|-----------------------------------|--------------|-------------------|--|--|---|
| 申請者  | ふりがな  |                                   | 性別           | 男 ・ 女             |  |  |   |
|  | 氏名  | 印<br><small>※自署の場合は押印省略可</small>  | 生年月日<br>(和暦) | 年 月 日<br>( 歳) * 1 |  |  |   |
|  | 現住所   | 〒                                 | 電話           |                   |  |  |   |
| 配偶者  | ふりがな  |                                   | 性別           | 男 ・ 女             |  |  |   |
|  | 氏名  |                                   | 生年月日<br>(和暦) | 年 月 日<br>( 歳) * 1 |  |  |   |
|  | 現住所   | 〒                                 | 電話           |                   |  |  |   |
| 助成金が交付決定された場合は、下記の振込口座へ振り込んでください。  |   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 振込先  | ふりがな  |                                   | 貯金種別         | 普通 ・ 当座           |  |  |   |
|  | 口座名義人   | 印<br><small>※自署の場合は押印省略可</small>  |              | 口座番号              |  |  |   |
|  | 金融機関名   | 銀行 金庫<br>本店<br>支店<br>出張所<br>組合 農協 |              |                   |  |  |   |
| 過去の助成状況  | <input type="checkbox"/> 助成なし<br><input type="checkbox"/> 助成あり → 鳥取市から ( ) 回、他自治体から ( ) 回   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 治療期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 検査内容又は治療内容 * 2   | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">           検査内容<br/> <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体 I g M<br/> <input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g G<br/> <input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g M<br/> <input type="checkbox"/> 抗 P T 抗体<br/> <input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査<br/> <input type="checkbox"/> その他の検査<br/> <input type="checkbox"/> NK活性<br/> <input type="checkbox"/> リンパ球混合培養<br/> <input type="checkbox"/> T h 1 / T h 2<br/> <input type="checkbox"/> 上記以外の検査<br/>           ( )         </td> <td style="vertical-align: top;">           治療内容<br/> <input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム 20, 000 単位<br/> <input type="checkbox"/> 在宅自己注射管理料<br/> <input type="checkbox"/> その他の治療内容<br/>           ( )         </td> </tr> </table> |                                   |              |                   |  | 検査内容<br><input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体 I g M<br><input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g G<br><input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g M<br><input type="checkbox"/> 抗 P T 抗体<br><input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査<br><input type="checkbox"/> その他の検査<br><input type="checkbox"/> NK活性<br><input type="checkbox"/> リンパ球混合培養<br><input type="checkbox"/> T h 1 / T h 2<br><input type="checkbox"/> 上記以外の検査<br>( ) | 治療内容<br><input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム 20, 000 単位<br><input type="checkbox"/> 在宅自己注射管理料<br><input type="checkbox"/> その他の治療内容<br>( ) |
| 検査内容<br><input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体 I g M<br><input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g G<br><input type="checkbox"/> 抗 P E 抗体 I g M<br><input type="checkbox"/> 抗 P T 抗体<br><input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査<br><input type="checkbox"/> その他の検査<br><input type="checkbox"/> NK活性<br><input type="checkbox"/> リンパ球混合培養<br><input type="checkbox"/> T h 1 / T h 2<br><input type="checkbox"/> 上記以外の検査<br>( ) | 治療内容<br><input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム 20, 000 単位<br><input type="checkbox"/> 在宅自己注射管理料<br><input type="checkbox"/> その他の治療内容<br>( )   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 住民票省略  | <input type="checkbox"/> 私（申請者）及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。（該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 算定基準額 * 3  | 金 円   |                                   |              |                   |  |  |   |
| 交付申請額 * 4  | 金 円（算定基準額×1/2、1年度につき上限10万円。）  |                                   |              |                   |  |  |   |

- \* 1 申請日時点における年齢を記入する。
- \* 2 鳥取市不育症検査及び治療実施医療機関証明書に記載されている「検査内容又は治療内容」に。
- \* 3 鳥取市不育症検査及び治療実施医療機関証明書に記載されている「領収金額」を記入する。
- \* 4 鳥取市不育症検査費等助成金交付要綱別表における助成金の区分（1）の助成対象となる場合は、様式第1号で申請すること。

【添付書類】

- (1) 鳥取市不育症検査及び治療実施医療機関証明書（様式第5号）
- (2) 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書の写し
- (3) 申請者の住民票（申請日の3か月以内に発行されたもの）

\* 鳥取市に住所を有する者で、申請者の住所等を住民基本台帳で確認することを承諾する者は、住民票の添付を省略することができる。

|            |                    |       |       |   |           |  |
|------------|--------------------|-------|-------|---|-----------|--|
| 保健所<br>記入欄 | 交付決定年月日<br>(請求年月日) | 年 月 日 | 交付決定額 | 円 | 受給者<br>番号 |  |
|------------|--------------------|-------|-------|---|-----------|--|