

第1号様式（第5条関係）

大分県不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査にかかる医療費の助成を申請します。

なお、本申請の審査に必要な場合は、医療機関や他の地方公共団体へ照会することに同意します。また、「大分県不育症検査費助成事業受検証明書」に記載の検査結果等の内容について、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・分析等を行うことについて同意します。

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|------------------|--|-------|--|-----------------|---------|---|
| 申請者 | ふりがな | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | | 月 | | 日（ | | 歳） | | |
| | 現住所 | 〒（ | | — | | ） | | 電話（ | | ） |
| 申請額 | | 金 | | 円（助成上限額：60,000円） | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大分県知事 佐藤 樹一郎 殿</p> | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 組合・農協 () | | | | 本・支店名 | | 本店 支店 出張所 | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | フリガナ | | | | | | |
| | | | | 口座名義人 | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | (右詰め記入) | |
| 助成状況 | <p>いずれかに☑をお願いします。</p> <p>1 過去に大分県から不育症検査にかかる助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/>受けたことがない。 <input type="checkbox"/>受けたことがある。</p> <p>2 今回申請する検査費用について、他の自治体から助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/>助成を受けていない。 <input type="checkbox"/>助成を受けている（自治体名： ）</p> | | | | | | | | | |

※必ず裏面もご確認ください。（記入に係る注意事項、添付書類等について記載しています。）

事務局記入欄

| | | | | | | | |
|---------|-----------------------------|--------|--------|--|--|--|--|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | 受給者番号 | | | | | |
| 要件確認 | <input type="checkbox"/> 住所 | 審査結果 | 決定・不決定 | | | | |
| 助成決定額 | 円 | 通知書発送日 | 年 月 日 | | | | |

《裏》

検査の内容・結果について行政への報告を行うことに関する説明書

(1) 報告の目的

こども家庭庁では、都道府県・政令市・中核市に対し、不育症検査結果等について報告を求めています。これを集計し分析することにより、こども家庭庁は、当該検査の今後の保険適用に向けた検討等に活用することができます。

(2) 報告の内容・方法

提出された「大分県不育症検査費助成事業受検証明書」（第2号様式）を基に、大分県からこども家庭庁に報告します。報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

【添付書類・チェックリスト】

| No | 申 請 書 類 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|---|-------------------------------------|
| 1 | 大分県不育症検査費助成事業受検証明書（第2号様式）※医療機関作成 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 医療機関が発行する検査費にかかる領収書等、対象経費が確認できるもの | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 住民票の写し（申請日から3ヶ月以内に発行されたもの、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 振込口座が確認できるもの（通帳の写し）※申請者名義のもの | <input type="checkbox"/> |

※申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

【注意事項】

※1 大分県不育症検査費助成事業受検証明書（第2号様式）の「領収金額」に0.7を乗じた額（千円未満切り捨て）と助成金上限額（60,000円）を比較し、低い額を大分県不育症検査費助成事業申請書（第1号様式）の「申請額」欄に記入してください。

（例）領収金額 82,500円 ×0.7＝57,750円

57,750円の千円未満の金額を切り捨て…57,000円

57,000円と助成上限額60,000円を比較し、低い額は57,000円

「申請額」欄に「57,000」と記入してください。

※2 助成金給付決定（不給付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

大分県(大分市以外に住民登録がある方)の申請は、下記窓口申請(郵送可)してください。

大分県福祉保健部 こども未来局 こども未来政策課

〒870-8501 大分市大手町3-1-1

電話 097-506-2672

※ 郵送の場合は、簡易書留や特定記録郵便など、差出・配達記録される方法で送付してください。その際、消印日を申請日として取り扱います。（書類郵送に係る費用は申請者のご負担となります。）