不育症検査費用助成事業申請書兼同意書

令和●年●●月●●日

(宛先) 松山市長

※提出日をご記入ください。

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

また、松山市長が不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）の記載内容を個人が特定されない形で国に提出すること及び国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うこと並びに松山市長が助成の可否の判断をするために必要な限度で下記の事項に関して私の個人情報を取り扱うことに、同意します。

記

※氏名は訂正できません。

(注) 太枠の中を記入してください。

申請者(※1)	フリガナ (マツヤマ ハナコ) 氏名 松 山 花 子	生年月日 平成●●年●●月●●日生
住所	〒●●●●-●●●● 松山市萱町6丁目30番地5 松山マンション○○○号 ※日中ご連絡の取れるお電話番号→電話 ●●● (●●●●) ●●●●	
検査実施日	令和●年●●月●●日	※受検証明書のとおりご記入ください。
申請額(※2)	金 59,000 円	※申請額欄は訂正できません。
誓約事項	《以下の項目について確認の上、□にチェック☑をしてください。》 ☒ 上記申請について、他の自治体において、不育症検査費用に係る助成を受けていないこと又は受ける見込みのないことを誓約します。	
決定助成額	金 _____ 円	(承認・不承認) 決定年月日 _____ 年 月 日
受給者番号		

※内容を確認して✓を入れてください。

※1：松山市に住所を有する者とします。

※2：申請額は、不育症検査費用として医療機関に支払った金額（以下「検査に要した金額」という。）に0.7を乗じて得た額（千円未満切捨て）となります。ただし、6万円を上限とします。

例1)検査に要した金額が85,000円の場合

85,000×0.7=59,500円 →千円未満を切り捨てるため、申請額は、59,000円となります。

例2)検査に要した金額が85,715円以上の場合

検査に要した金額×0.7が60,000円以上となるため、申請額は、60,000円となります。

個人情報の取扱いについて

※申請額についてはこちらをご確認ください。

松山市不育症検査費用助成事業の助成の可否を判断する等のために必要な場合は、松山市長が次に掲げる事項に関して申請者の個人情報を取り扱います。

なお、個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

1. 住民基本台帳を照会すること。
2. 医療機関に治療内容等を照会すること。
3. 松山市以外の自治体に本申請に係る情報を照会又は提供すること。