

総合事務所長 } 様  
鳥取市長 }

年度鳥取県不妊検査費助成金交付申請書兼実績報告書  
鳥取市 兼請求書

標記助成金について、鳥取県（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、下記のとおり実績を報告します。

また、助成の適正を図るために必要な場合は、鳥取県（鳥取市）が他の自治体に対し、過去の助成状況の照会・提供を行うことについて同意します。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	生年月日 (和暦)	年	月	日	( ) 歳 *1	
	現住所	〒	電話					
配偶者	ふりがな		性別	男・女				
	氏名		生年月日 (和暦)	年	月	日	( ) 歳 *1	
	現住所	〒	電話					
※申請者と異なる場合に記入								
振込先	助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。							
	ふりがな		貯金種別	普通・当座				
	口座名義人 (※申請者名義)	印	金融機関名	銀行 金庫	本店 支店 出張所	口座番号		
				組合 農協				
不妊検査期間 (和暦)	夫	年	月	日	～	年	月	日
	妻	年	月	日	～	年	月	日
検査内容	夫の検査			妻の検査				
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 (ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 細菌培養同定検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 葉酸検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア I g G <input type="checkbox"/> 血液検査 (ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
他の補助金の活用有無	あり・なし	⇒ある場合 ①活用した補助金名 ( ) ②事業内容 ( ) ③当該補助金問合せ先 ( )						
過去の検査・助成状況 *2	過去に不妊症の診断のための不妊検査を受けたことがありますか ( ある ・ ない )							
	過去に人工授精助成金の交付を受けたことがありますか ( ある ・ ない )							
	過去に特定不妊治療費助成金の交付を受けたことがありますか ( ある ・ ない )							
住民票省略 (鳥取市のみ)	(鳥取市にお住まいの方のみご記入ください) <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☑)							
算定基準額	金	円	(不妊検査のうち、保険適用外経費の合計額)					
交付申請額	金	円	(上限2万6千円。)					

\* 1 夫婦のいずれか早いほうの検査開始日時点における年齢を記入する。

\* 2 「過去に」とは、今回申請する不妊検査開始前を示す。

<添付書類については、裏面に記載していますので確認してください>

保健所記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---

**【添付書類】**

- (1) 医療機関が発行する不妊検査費助成事業に係る証明書又はそれに代わる書類
  - (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) 夫及び妻の住民票（申請日の3か月以内に発行されたもの）\*
  - (4) 婚姻日が確認できる書類（戸籍抄本等）
- \* 鳥取市に住所を有する者で、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を承諾する者は、住民票の添付を省略することができる。