

池田市卵子凍結費用助成事業申請書兼請求書

池田市長 様

申請日 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり池田市卵子凍結費用助成金の交付を申請します。

申請者 (卵子凍結を受けた方)	(ふりがな) 氏名	( )							
	生年月日	年	月	日	年齢	歳 (採卵日時点)			
	住所	〒 池田市							
	電話								
採卵日		年	月	日					
交付申請・請求額									円
申請種別		<input type="checkbox"/> 凍結保存費用		<input type="checkbox"/> 保存継続費用 ( ) 回目…継続5回が限度					
振込先 (申請者の口座に限る)	口座名義								
	金融機関名				支店名				
	口座種別	普通・当座	口座番号						
同意欄		<p>1. 審査に必要な範囲において、池田市が医療機関等に対して必要な個人情報を照会すること。</p> <p>2. 審査に必要な範囲において、池田市が申請者の住民基本台帳及び納税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。</p> <p>3. 助成を受けようとする医療行為について、他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付の対象となっていないこと。</p> <p>4. 凍結卵子の売買、譲渡、その他第三者への提供及び海外への移送はいかなる場合も行わないこと。</p> <p>上記1~4について、同意いたします。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名：</p>							

(添付書類)

- 池田市卵子凍結費用助成事業に係る証明書（様式第2号）
- 領収書の写し（卵子凍結、保存（継続）に要した費用が確認できるもの）
- 上記領収書に対応する診療明細書等の写し
- 振込口座が分かるもの（通帳等の写し）
- 身分証明書の写し