

年 月 日

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。

仙台市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること及び、仙台市市税納付状況（税目・税額・申告の有無等）をこども若者局こども家庭保健課が税務担当課に照会することに同意します。※1

また、仙台市が必要に応じて、医療機関に不育症検査等について照会すること及び検査結果等について、個人が特定されない形で国へ提出し、国がその情報を施策の検討に活用することに同意します。

※1 同意しない場合は該当部分に二重線を引いてください。別途書類の提出が必要となります。

記

(太枠の中をご記入下さい)

(ふりがな)	
申請者氏名	
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日生 (歳)
住 所	〒
電話番号	()
備 考	
申請金額	(検査費用) (申請金額) ※千円未満切り捨て ☐ 円 × 0.7 = _____ 円 ☐ 60,000 円 ※申請金額が6万円以下の場合は上段に、6万円を超過する場合は下段にチェックを記入してください。

申請受理月日	年 月 日				決定年月日（承認・不承認）			年 月 日		
受給者番号										

◎申請書等への虚偽の記載またはその他の不正行為により助成金の交付を受けた場合は、助成金の全額を返還していただきます。

【添付書類】

- 1 仙台市不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）
- 2 医療機関発行の領収書（写し）
- 3 請求書（仙台市所定の様式）
- 4 住民票の写し（※1に同意しない場合のみ必要。申請日から3か月以内に発行されたものでマイナンバーの記載がないもの。）
- 5 市税の滞納がないことの証明書（※1に同意しない場合のみ必要。申請日前30日以内に交付を受けたもの。）