

姫路市遺伝性腫瘍症候群検査等助成事業申請書

(宛先) 姫路市長 様

年 月 日

申請者 住所

氏名

患者との続柄 ()

電話番号

関係書類を添えて次のとおり遺伝性腫瘍症候群検査等の助成を申請します。
なお、次のことについて同意します。
☐ 姫路市から医療機関に遺伝学的検査及び遺伝カウンセリングに関する診療情報について照会すること。

助成対象者	ふりがな		患者との続柄	生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 () E-mail:			
患者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 ()			
助成対象経費	項目	遺伝学的検査		遺伝カウンセリング（遺伝学的検査の前後2回）	
				1回目	2回目
	実施日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	支払額	ア 円(税込)	オ 円(税込)	キ 円(税込)	
	支払額の7割の額	イ 円(税込)	カ 円(税込)	ク 円(税込)	
	助成限度額	ウ 50,000円	ケ 15,000円		
助成対象額	エ 【イ又はウのうちいずれか低い額】 円		コ 【カとクの合計又はケのうちいずれか低い額】 円		
助成申請額		円（※エとコの合計を記入してください。）			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		☐ 遺伝性腫瘍症候群検査等助成事業受診証明書（様式2号） ☐ 領収書・診療明細書（遺伝学的検査と遺伝カウンセリングが確認できるもの） ☐ 戸籍謄本 ☐ 相手方登録申出書（申請者は口座の名義人の名） ☐ 振込口座の通帳、印鑑（印鑑は認印で可、スタンプ印は不可）			
振込先	金融機関名	銀 行 ・ 金 庫 本 店 ・ 支 店 信用組合 ・ 農 協 出張所			
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座		口座番号	
	口 座 名 義 人 (カタカナで記載、申請者と同一)				

----- 姫 路 市 記 載 欄 -----

受付日		承認 不承認	助成決定額	
			決定年月日	