

横浜市遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）検査費等助成金交付申請書

年 月 日

横浜市長

横浜市遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）検査費等助成金の交付を受けたいので申請します。

添付資料

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に関する遺伝カウンセリング結果報告（第2号様式）
- 検査等に要した費用がわかる診療明細書等（金額、日付が分かるもの）

消えないペンで記入してください。

申請者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日
	住所	〒		電話番号
	確認事項	<input type="checkbox"/> これまでに本助成及びこれに類する公的助成を受けたことがない。		

検査等に要した金額及び申請金額(消費税込み)

医療局使用欄

遺伝カウンセリング に要する費用	a. 遺伝カウンセリング料	(検査前)	円
		(検査後)	円
	(費用発生の場合)b. 初診料		円
	(費用発生の場合)c. 再診料		円
(a+b+c)×0.7 (10円未満切捨)と上限額(1万円) のいずれか低い方		(ア)	円

検査 に要する費用	検査の種類	<input type="checkbox"/> シングル検査 <input type="checkbox"/> BRCA1/2検査 <input type="checkbox"/> 多遺伝子パネル検査	
	d. 検査費		円
	(費用発生の場合)e. 採血料		円
	(費用発生の場合)f. 送料		円
(d+e+f)×0.7 (10円未満切捨)と上限額(3万円) のいずれか低い方		(イ)	円

2号様式 文書作成料	支払金額または助成上限額(3千円) のいずれか低い方	(ウ)	円
---------------	-------------------------------	-----	---

申請金額	(ア)+(イ)+(ウ)	円
------	-------------	---

振込先を以下のどちらかの欄に記入して下さい。（普通口座または通常貯金。申請者名義口座のみ）

ゆうちょ銀行 以外の金融 機関	銀行 信金	本店	支店	普通口座									
	信組 農協	口座名義(カナで記入)											

ゆうちょ 銀行	店名※漢数字三桁	通常貯金 記号番号														1
	口座名義(カナで記入)															

(同意事項)横浜市遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）検査費等助成要綱を遵守します。横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。また、申請に疑義が生じた場合は、戸籍全部事項証明書等の提出に協力します。