

不育症検査費用助成金申請書

関係書類を添えて次のとおり助成を申請します。

また、必要な場合には、市町村及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことに同意します。

| | | | |
|---|--|------------|--------|
| | (ふりがな) 氏 名 | 生 年 月 日 | |
| 申請者 | () | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 電話 () | | |
| 備考 | | | |
| 確認事項 | 1. 検査費用について、市町村からの助成を受けていますか。 受けていない ・ 受けている (いずれかに○) 2. (受けている場合) 助成を受けた額 円 | | |
| <p style="text-align: center;">申 請 額 金 円</p> <p style="text-align: center;">(検査費用から確認事項2の金額を引いた額が、申請額となります。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">神奈川県知事 殿</p> | | | |
| 金融機関名 | 銀行 | | 本店 |
| | 金庫 | | 支店 |
| 貯金種別 | 普通 | (ふりがな) | () |
| | 当座 | 口座名義人 | |
| 口座番号 | | | (左詰記入) |

(注) 太枠の中をご記入ください。

| | | | |
|---------|--|----------|--|
| 申請受理年月日 | | (承認・不承認) | |
| | | 決定年月日 | |
| 受給者番号 | | | |

- (添付書類) ・ 不育症検査費用助成検査受検証明書
 ・ 不育症検査結果個票
 ・ 申請者の住民票
 ・ 医療機関発行の領収書(写し)