

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
「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない
形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等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							
申 請 額 金 円 (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。)								
令和 年 月 日 神奈川県知事 殿								
	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	貯金種別	普通 当座	(ふ り が な) 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
・ 申請者の住民票
・ 医療機関発行の領収書 (写し)