

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)