

(様式第1号)

福島県不育症検査費用助成申請書

「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ついて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
申請者	()		昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所	〒		連絡先(自宅) (携帯)	
備考				
申請金額		金 _____ 円		
年 月 日		福島県知事		
振 込 先	金融機関名	銀行		本店
		金庫		支店
		農協		出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号			(左詰記入)
申請受理月日			(承認・不承認) 決 定 月 日	
			受給者番号	

注) 太枠の中を記入してください。

【添付書類】

1. 福島県不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)
2. 医療機関が発行した領収書等、1の額が確認できる書類
3. 住民票等申請者の住所を確認できる書類
4. 振込先の口座番号等が確認できる通帳の写し等

また、助成の適正を判断するため、受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。