

不育症検査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事 様

申請者氏名

関係書類を添えて次の通り不育症検査費用の助成を申請します。
申請にあたり、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。承認決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。
なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を県が行うことに承諾します。

申請者	ふりがな											
	氏 名											
	生 年 月 日	昭和・平成		年		月		日 (		歳)		
	住 所	〒				—		電話 () —				
申 請 額		不育症検査費用助成申請に係る証明書の金額×7/10 ※千円未満切り捨て ※6万円を超える場合は、6万円と記入 円										
振込先*	金融機関名及びコード	銀行 金庫 組合 農協				店 所		金融機関コード			店 番	
	預 金 種 別	1 普通 2 当座		(フリガナ) 口座名義人		()						
	口 座 番 号							(右詰めで記載し、空欄に0を記入)				
住 民 票 の 省 略		☐ 私（申請者）の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。 (該当の場合は ☒)										

＊ 振込先は、上の申請者が口座名義人となっている口座です。
以下の書類を添付してください。
(1) 不育症検査費用助成申請に係る証明書（別記様式第2号：片面）
(2) 住所を確認できる書類（発行から3か月以内の住民票等）
(3) 医療機関が発行する領収書の写し
(4) 振込先口座の通帳の写し

検査結果等について、国への報告を行うことに関する説明

別記様式第2号「不育症検査費用助成申請に係る証明書」に記載された検査結果等については、個人が特定されない形で国に報告し、国が当該検査結果について集約、分析等を行い、施策の検討に活用することとしています。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

☐ 上記説明について了解しました。

担当課 記入欄	申請書 受理年月日					承認 ・ 不承認 決定年月日	年 月 日	
	受給者番号							