様式第1号

男性不妊検査費助成申請書

年　月　日

島根県知事　様

関係書類を添えて下記のとおり男性不妊検査費の助成を申請します。
なお、助成の適正を判断するため、島根県が必要に応じ、検査内容・結果について医療機関へ照会することに同意します。

記

対象者		生年月日
（ふりがな） 夫氏名	（　　）	年　月　日（　歳）
（ふりがな） 妻氏名	（　　）	年　月　日（　歳）
申請者住所（※1）		
〒 電話　（　）		
住所（※2）		
〒 電話　（　）		

※1：夫婦（申請者）の住所を記入する。　※2：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入する。

過去にこの助成を受けたことがありますか.　ない　・　ある
ある場合　⇒　直近に出生したお子様の出生日（又は死産となった日）　（　年　月　日）

申請者（振込先の口座名義人と同じ）	配偶者
氏　名	氏　名

振込先									
金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所				
預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口座名義人（申請者と同一）			（　）				
口座番号									（左詰記入）

【事実婚関係に関する申立欄】（事実婚関係にある夫婦の場合は次に☑してください。）
男性不妊検査費の助成を申請する上記2名は事実婚関係にあります。　☐

申請額
金　　円　（上限2万8千円） ※検査費用の7/10を乗じた額（1円未満の端数切捨）

＜添付書類＞
1. 男性不妊検査費助成事業受診等証明書（医療機関が記入）
2. 医療機関の発行した男性不妊検査に係る領収書（原本）
3. 住所を確認することができる書類（夫婦の住民票）
4. 法律上の婚姻関係にあること及び子の出生日を証明する書類（戸籍謄本）※
   死産を事由としたリセットの申請の場合は事実を確認できる書類（死産届の写し・母子健康手帳の写し等）

※　住民票に続柄及び戸籍の筆頭者の記載があり、夫婦関係が確認できる場合は省略できます。（婚姻関係の確認）
※　事実婚の場合は夫婦それぞれの戸籍謄本が必要です。
※　住民票に続柄及び戸籍の筆頭者の記載があり、子の出生日が確認できる場合は省略できます。（出生によるリセットの確認）

保健所受付印

＜申請期限＞
検査終了日の属する年度内（4月1日～翌年3月31日）に申請してください。

＜申請先＞
お近くの保健所（松江市に住所がある方は松江市役所）へご提出ください。