

男性不妊検査費助成申請書

平成 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	()	昭和 平成	年 月 日(歳)
(ふりがな) 妻氏名	()	昭和 平成	年 月 日(歳)
住所(※1)			
〒			
電話 ()			
住所(※2)			
〒			
電話 ()			

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

申請者(振込先の口座名義人と同じ)		配偶者	
氏 名	印	氏 名	印

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	(ふりがな)	()
	当座	口座名義人(申請者と同じ)	
口座番号			(左詰記入)

<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を証明する書類(戸籍謄本)
- ※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。

<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。

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)

保健所受付印

