

不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請の審査に必要となる場合は受検内容や助成状況について、医療機関やほかの自治体へ照会することに同意します。また、不育症検査結果個票の内容について、県が国への提供を行うことに同意します。

		(ふりがな)		生年月日	
		氏名			
申請者	( )		年 月 日( 歳)		
住所	〒		電話 ( )		
備考					
申請額		金		円	
年 月 日		(上限50,000円)			
島根県知事 様					
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)
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認)	年 月 日	
			決定年月日		
受給者番号					

注) 太枠の中をご記入ください。

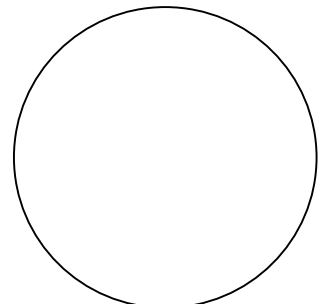
<添付書類>

1. 不育症検査費用助成事業受検証明書(医療機関が記入)
2. 医療機関の発行した不育症検査費用に係る領収書
3. 島根県内(松江市を除く)に住所を有していることが証明できる書類(住民票)※1
4. 口座振替申出書
5. 不育症検査結果個票(医療機関が記入)※2

※1 住民票はマイナンバーの記載が無く概ね3ヶ月以内に発行したものを添付してください。

※2 不育症検査結果個票の内容は、個人情報(申請者氏名・医療機関名)を除いて、国に報告し、検査の保険適用に向けた検討等に活用させていただく場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

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>

お近くの保健所へご提出ください。