

千葉県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、千葉県が「不育症検査費用助成検査受験証明書」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します。

申請者	(ふりがな)氏名	()						
	住所	〒						
	生年月日	()	年	月	日	()	歳	
	電話番号	()						
	備考							
申請額		金			円			
令和 年 月 日		千葉県知事 熊谷俊人						
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)		()			
	口座番号							(左詰記入)

(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験証明書(様式第2号)…医療機関にて作成
 - ②住民票(原本)…発行から3か月以内。個人番号の記載不要。
 - ③領収書…助成対象検査及び受験証明書に記載の全ての検査・治療に係るもの。
 - ④通帳の写し等…振込先の金融機関名、支店名、口座番号等が確認できるもの。

申請受理年月日					(承認・不承認)			
					決定年月日			
受給者番号								