

千葉県不育症検査費用助成事業申請書

「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で千葉県が国に提出し、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の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

		(ふ り が な) 氏 名	生年月日					
申請者		(ちば はなこ) 千葉 花子	(昭和) XX 年 1 月 1 日(YY 歳)					
住所		〒260-8667 千葉市中央区市場町 1 - 1 県庁マンション 101	電話 000(0000) 0000					
備考								
申請額		金				50,000		円
(令和) 7 年 6 月 1 日		千葉県知事 熊谷 俊人						
金融機関名		千葉		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		県庁		
貯金種別		普通当座		(ふりがな) 口座名義人		(ちば はなこ) 千葉 花子		
口座番号		0	1	2	3	4	5	6 (左詰記入)
申請受理年月日						(承認・不承認) 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) 不育症検査費用助成事業受検証明書

【注意】 申請額は、1 回の検査に係る費用の 7 割の相当する額となります。

例① 他都道府県や市町村から検査費用の助成を受けていない場合

- ・ 検査費用 32,500 円の場合
申請額 = 検査費用 × 0.7 = 22,750 円
千円未満切り捨てのため、申請額は 22,000 円
- ・ 検査費用 125,000 円の場合
申請額 = 検査費用 × 0.7 = 87,500 円
助成は 6 万円が上限となるため、申請額は 60,000 円

例② 他都道府県や政令市、中核市で既に助成を受けている場合は対象外

例③ 県内市町村で既に助成されている場合は、HP の助成額の欄をご確認下さい。