

(様式第 1 号)

秋 田 県 不 育 症 検 査 費 用 助 成 事 業 申 請 書

(元号) 年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名 _____ 印

「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不育症検査費用の助成を申請します。

記

		(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日				
申請者		()		(元号) 年 月 日 (歳)				
住所		〒 () 電話 ()						
助成申請金額		申請額 金 _____ 円						
振 込 先	金融機関名	銀 行 ・ 金 庫 本 店 ・ 支 店 信用組合 ・ 農 協 出張所						
	預 金 種 別	普 通	口 座 名 義 人 (カタカナで記載、申請者と同一)					
	口 座 番 号							左詰記入
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決 定 年 月 日		年 月 日		
受給者番号								

注 1) 二重線以外の枠に記入してください。
注 2) 検査の終了した日の属する年度内に申請してください。

- < 添付書類 >
- ①不育症検査費用助成事業受検証明書（様式第 2 号）及び医療機関の発行する領収書等
 - ②住民票（申請日から 3 ヶ月以内に発行されたもの）
 - ③その他知事が必要と認める書類