

(様式第1号)

秋田県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名 \_\_\_\_\_

「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	( )	昭 和 平 成	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 信用組合・農協			本店・支店 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不育症検査結果個票
- ③住民票(申請日から3ヶ月以内に発行されたもの)
- ④その他知事が必要と認める書類

不育症検査結果等について行政への報告を行うことに関する説明書

提出された不育症検査結果個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿としたうえで厚生労働省に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。