

様式第1号 (第5条関係)

長崎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国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するための集約・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)		生年月日	
		氏名			
申請者(※1)	()		昭和 年 月 日 (歳)		
	住所		〒		
	備考		電話 ()		
申請額 金 円					
年 月 日					
長崎県知事 殿					
振込先	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)	()	
口座番号			口座名義人	(左詰記入)	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：助成対象者本人の氏名を記入する。

【自治体記入欄】

申請受理年月日		(承認・不承認)	
		決定年月日	
受給者番号			

(添付書類)

- 1.不育症検査費用助成事業受検証明書 (様式第2-1号)
- 2.不育症検査結果個票 (様式第2-2号)
- 3.医療機関が発行する領収書の写し
- 4.住民票の写し (3ヶ月以内に発行されたもの)

※同じ年度内の2回目以降の申請で、前回提出した住民票の発行日から3ヶ月以内に申請を行い、住所に変更がない場合は省略可。

保健所受付印

本課受付印