

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

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(※1)	()	昭和 平成	年	月	日	(歳)		
住所	〒	電話 ()						
備考								
申 請 額		金						円
年 月 日		長崎県知事 殿						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所	
	貯金種別	普通 当座	(ふ り が な) 口座名義人		()			
	口座番号							(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