

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) 氏 名		生年月日				
	申請者(※1)	()			昭和 年 月 日 (歳) 平成			
	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 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.医療機関が発行する領収書の写し
- 3.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。
- 4.通帳の写し等、振込口座が確認できるもの

保健所受付印

本課受付印