

熊本県不育症検査費助成事業申請書

--	--	--	--	--

申請者氏名	ふりがな ()			生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)								
住所	〒 電話番号 ()															
申請内容	熊本県知事 様 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。 申請金額 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">金</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>								金							円
金							円									
振込口座申出欄	金融機関名	銀行 金庫 農協			支店・出張所名		本店 支店 出張所									
	預金種別	普通 当座			(ふりがな) 口座名義人		()									
	口座番号						申請者の口座に限ります。 (右詰めで記入してください)									
熊本県知事 様 私は、関係書類を添えて不育症検査費の助成を申請します。 なお、私は今回の申請において、別記第2号様式 熊本県不育症検査費助成事業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計・分析等を行うことについて同意します。 年 月 日 申請者氏名																

注) 太枠の中を御記入ください。

(添付書類)

- 1 熊本県不育症検査費用助成事業受検証明書 (別記第2号様式)
- 2 不育症検査を実施した医療機関等が発行した領収書で、検査費の額、実施日、検査内容等が記載されたもの。
- 3 熊本県内(熊本市を除く)に住所を有する証明書(原本)

県保健所受付印 進達年月日 年 月 日
