

熊本県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

熊本県知事 様

「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申請します。

申請者氏名	ふりがな ()	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)									
住所	〒 電話番号 ()												
申請金額	<table border="1"><tr><td>金</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr></table> (助成上限額 : 60,000 円)				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)					

添付書類 (チェックを入れてください)

- 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) ※主治医が記入
- 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。(原本)
- 住民票 (原本) ※個人番号 (マイナンバー) の入っていないもの。 ※3か月以内に交付されたもの。
- 振込口座が確認できるもの (通帳の写し等)

(以下、行政記入欄)

受付印				
-----	--	--	--	--

--	--	--	--	--