

熊本県不育症検査費用助成事業申請書

令和8年4月10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 (くまもと はなこ) 熊本 花子	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳) 令和
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
申請金額	金額は記入しないでください！修正ができませんので、書類確認後、担当課で記載させていただきます。 金 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 円 (助成上限額：60,000円)		
振込口座申出欄	金融機関名	くまもと 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 (くまもと はなこ) 熊本 花子
	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	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 (チェックを付けてください)

- 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

--	--	--	--	--