

不妊検査費用補助金交付申請書

年 月 日

静岡県知事 様

不妊検査費用補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

また、必要な場合には受検した医療機関及び他自治体に情報の照会を行うこと、並びに「不妊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します。

	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
申請者	()		昭和 平成 西暦	年 月 日 (歳)
住 所	〒			
電話番号	()			
口座振替先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号
	口座名義人 (カナ)			

(以下は、記入不要です。)

受給者番号						(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
領収金額	円					交付決定額	円

- (添付書類) 1 不妊検査費用助成検査受検証明書 (様式第2号)
2 申請者の住民票の写し
3 医療機関発行の領収証