

滋賀県不育症検査費用助成金申請書

関係書類を添えて以下のとおり申請します。

また、必要な場合には、市町村等の他自治体および受検した医療機関に情報の照会を行うこと、ならびに、様式 2「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します。

申請者	ふりがな () 氏 名 _____	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____	電話 () _____
備考		
確認事項	1 今回の助成対象となる検査費用について、市町村等の他自治体から助成を受けているか。 受けている ・ 受けていない (いずれかに○) 2 (1で受けていると回答した場合) 助成を受けた額 _____ 円 (助成額および検査内容が分かる資料を添付すること。)	
申 請 額 金 _____ 円 (※ 1 申請額は助成対象となる検査費用の 7 割に相当する額 (千円未満切り捨て) (上限 60,000 円)) (※ 2 助成対象となる検査費用から確認事項 2 の金額を引いた額が、※ 1 の額に満たない場合はその額 (千円未満切り捨て) が申請額となります。) 年 月 日 滋賀県知事 あて		
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)	

※ 1) 太枠内のみ記入してください。

2) 検査が終了した日の属する年度内に申請してください。

- 添付書類：
- 1 不育症検査費用助成検査受検証明書 (様式 2)
 - 2 検査を受けた者の住民票 (発行から 3 か月以内のもの)
 - 3 医療機関が発行する検査費用に係る領収書および明細書
 - 4 振込を希望する金融機関口座の通帳の写し

以下、県記入欄

申請受理年月日	_____	(承認・不承認) 決定年月日	_____
受給者番号	_____	_____	_____
助成決定額			円