

第1号様式

不育症検査費用助成事業申請書

「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。

		(ふりがな) 氏名	生年月日				
申請者	()		(元号)	年	月	日	(歳)
	住所	〒	電話 ()				
	備考						
申請額 <u>金</u> 円 (元号) 年 月 日							
奈良県知事 殿							
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)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類)
- ① 不育症検査費用助成事業受検証明書
 - ② 実施医療機関が発行する領収書及び、明細書の写し
 - ③ 住所を確認できる書類(住民票謄本原本)
※住民票は、発行日から3ヶ月以内で、マイナンバー(個人番号)の記載がないもの