様式第1号

≪記入例≫

# 千葉県不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、千葉県が「不育症検査費用助成検査受験証明書」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）<br>氏　　名 | （　ちば　はなこ　）<br>千葉　花子 |
| | 住　　所 | 〒260－8667<br>千葉市中央区市場町1－1　県庁マンション101 |
| | 生年月日 | （昭和）　XX年　1月　1日（　YY　歳） |
| | 電話番号 | 0X0　（　0000　）　0000 |
| | 備　　考 | |

申請額　　金　50,000　円

令和　5年　6月　1日

千葉県知事　熊　谷　俊　人

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 千葉 | 銀行<br>金庫<br>農協 | 県庁 | 本店<br>支店<br>出張所 | | | |
| | 預金種別 | 普通<br>当座 | （ふりがな）<br>口座名義人 | （ちば　はなこ<br>千葉　花子） | | | | |
| | 口座番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | （左詰記入） |

（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（様式第2号）…医療機関にて作成
②住民票（原本）…発行から3か月以内。個人番号の記載不要。
③領収書…助成対象検査及び受検証明書に記載の全ての検査・治療に係るもの。
④通帳の写し等…振込先の金融機関名、支店名、口座番号等が確認できるもの。

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請受理年月日 | | | | （承認・不承認） | | | | | |
| | | | | 決定年月日 | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |