

## 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)氏名	( ちば はなこ ) 千葉 花子							
	住所	〒260-8667 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		金額		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		本店			
				金庫		支店			
				農協		出張所			
	預金種別	普通当座		(ふりがな)	( ちば はなこ )				
	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験証明書(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験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						