

千葉県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千葉県が国に提出し、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	(ちば はなこ 千葉 花子)		(昭和) XX年 1 月 1 日 (YY歳)				
	住所	〒260-8667 千葉市中央区市場町 1 - 1 県庁マンション101		電話 000 (000C) 0000				
	備考							
申請額 金 50,000 円								
(令和) 7 年 6 月 1 日								
千葉県知事 熊谷 俊人								
	金融機関名	千葉		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
	貯金種別	普通 当座		(ふりがな) 口座名義人		(ちば はなこ 千葉 花子)		
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6

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) 不育症検査費用助成事業受検証明書