

様式第 1 号

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	()		() 年 月 日 () 歳			
	住所	〒		電話 ()			
	備考						
申請額 金 円							
(令和) 年 月 日							
千葉県知事							
	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) 不育症検査費用助成事業受検証明書