

【記入例】

別記様式第1号

栃木県不育症検査費用助成事業申請書

「栃木県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	(とちぎ はなこ) 栃木 花子	(元号)○年△月×日(○○歳)					
住所	〒○○○-○○○○ □□市×× △-△-△	電話 028(623)3064					
備考							
申請額	※申請額は、検査費用の7割と助成上限額(6万円)を比較し、金額の安い方を記入してください。		60,000 円				
	(元号)○年△月×日		※管轄の広域健康福祉センター(窓口)の名称を記入してください。(県西、県東等)				
金融機関名	○○	銀行	金庫	××	本店	支店	出張所
貯金種別	普通	(ふりがな)			(とちぎ はなこ)		
	当座	口座名義人			栃木 花子		
口座番号	1	2	3	4	5	6	7 (左詰記入)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
決定額	金		円
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類)
- (1) 栃木県不育症検査費用助成事業受検証明書(別記様式第2号)
 - (2) 申請者が栃木県内に住所を有する者であることを証する書類
 - (3) 保険医療機関における不育症検査に要した検査費の額を証する書類