

愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

なお、他自治体を実施する国要綱に基づく不育症検査費の助成を受けていないことを申し添えます。

また、必要な場合には受検した医療機関及び他の自治体に情報の照会を行うこと、並びに不育症検査費助成事業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します。

| | | | |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| | (ふ り が な) 氏 名 | 生年月日 | |
| 申請者 | (あいち みなみ) 愛知 みなみ | 平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳) | |
| 住所 | 〒460-8501 〇〇市三の丸3-1-2 | 電話 | 052-(123)-4567 |
| <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">検査に係る費用の7割に相当する金額(千円未満切捨)もしくはその金額が6万円を超える場合は6万円としてください。</p> | | | |
| 申請額(請求額) | | 金 | 40,000 円 (千円未満端数切捨) |
| 令和〇年〇月〇日 | | <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">【様式2】愛知県不育症検査費助成事業受検証明書の証明日以後の日付を記入してください。</p> | |
| 金融機関名 | 〇△信用 | 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 | (あいち みなみ) 愛知 みなみ |
| 口座番号 | 9 5 4 6 2 8 3 | (右詰記入) | |

注) 太枠の中をご記入ください。

申請者と同一とってください。

【注意事項】

県内の一部の市町村では、独自に不育症治療・検査に対する助成を行っております。

この「愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書」の提出に併せて、市町村の助成制度を利用される場合は、重複請求とにならないよう注意してください。

なお、助成内容の詳細につきましては、お住まいの市町村にお尋ねください。

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

(添付書類) 愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

(申請者の住所確認 について) 確認済(申請者の運転免許証等により確認すること)