

(様式第1号)

石川県不育症検査費助成金申請書

「不育症検査費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	()	年 月 日(歳)	
住所	〒	電話	
備考			
申請額 <u>金</u> <u>円</u> ※ ※検査費用×70%(千円未満切捨て)と60,000円を比較し、低い額を記載 年 月 日			
石川県知事殿			
振 込 口 座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	貯金種別	普通 当座	(フ リ ガ ナ) 口座名義人
	口座番号		(左詰記入)

注)太枠の中をご記入ください。 ※振込口座は原則、申請者本人の口座を記入すること

- (添付書類)
- 不育症検査費用助成事業受検証明書(医療機関発行)【様式1別紙】
 - 医療機関が発行する検査費用に係る領収書
 - 申請時に石川県内に住所を有することがわかる住民票
(マイナンバーの記載がなく、3カ月以内に発行されたもの)

以下県使用欄

(承認・不承認) 決定年月日		助成決定額	円
受給者番号			