

山口県不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。
 また、山口県が市町村及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことに同意します。

	(ふりがな)		生 年 月 日	
	氏 名			
申請者	()		年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		電話 ()	
確認事項	検査費用について、市町村からの助成を受けていますか。			
	<input type="checkbox"/> 受けていない			
	<input type="checkbox"/> 受けている → 助成を受けた額 円			
申請額 金 _____ 円				
※検査費用から確認事項の「市町村から助成を受けた額」を差し引いた額をご記入ください。				
年 月 日 山口県知事様				
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	ふりがな		口座番号 (右詰記入)	
	口座名義人			
申請受理年月日	年 月 日		承認・不承認 決定年月日	<input type="checkbox"/> 承認
受給者番号				年 月 日

(注) 太枠の中をご記入ください。

振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

(添付書類)

- 山口県不育症検査費助成事業受検証明書 (別記第2号様式)
- 不育症検査結果個票 (別記第3号様式)
- 住民票 (1か月以内に発行されたもの)
- 医療機関発行の領収書 (写し)