

群馬県不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、必要な場合には、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。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生年月日	
申請者	()	年 月 日(歳)	
住所	〒 電話 ()		
備考			
過去に不育症に関する助成金を受けたことがありますか。			
ない・ある → 助成を受けた自治体【 市・町・村、 年 月】			
助成を受けた金額【 円 】※			
※先進医療に係る不育症検査についてのみご記入ください。			
申請額		金 円	
(検査費用について、他の自治体から助成を受けている場合は、その金額を除いて記載してください。)			
令和 年 月 日	群馬県知事 様		
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 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
	口座番号		(左詰記入)

決定助成額	円	(承認・不承認)	
申請受理年月日		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 】

- ①不育症検査費用助成事業受検証明書
- ②不育症検査結果個票
- ③医療機関発行の領収書(先進医療の検査費用分のみ)
- ④住民票(発行から3ヶ月以内、マイナンバーの記載はしていない原本)
- ⑤振込先口座の通帳又は通帳表紙裏ページ(金融機関名、支店名、口座番号等)の写しをご持参ください。

申請〆切 : 検査終了月の1か月後の末日(ただし3月に検査終了した方は、3月31日までに申請してください。)

※やむを得ない理由で期日までに申請できない場合は、必ず申請期限前にご相談いただき、速やかに申請をしてください。