

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。

申請者氏名		生年月日	
フリガナ		昭和 平成	年 月 日 (歳)
氏名			
申請者情報	住所	〒	電話 携帯電話
	備考		
申請額		金	円
年 月 日		奈良県知事 殿	
金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 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)

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	

- 注) 太枠の中をご記入ください。
住所は住民票と一致する住所を記載してください。決定通知書の送付先を別の住所に希望する場合は、備考欄に記載ください。
- (添付書類) ① 不育症検査費用助成検査受検証明書
 - ② 不育症検査結果個票
 - ③ 実施医療機関が発行する領収書及び明細書の写し
 - ④ 住所を確認できる書類(住民票謄本原本)
- ※住民票は、発行日から3か月以内で、マイナンバー(個人番号)の記載がないもの

※提出いただいた不育症検査結果個票は、検査結果等を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用させていただく可能性があります。(受検者氏名・医療機関名は報告いたしません)

