

(様式第1号)

山梨県不育症検査費（先進医療）助成申請書

令和5年 月 日

山梨県知事 殿

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

また、山梨県が、本申請に関して必要時に関係機関に情報の照会・提供を行うほか、「不育症検査費用助成検査受検証明書」（様式第2号）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。

記

申請者	フリガナ氏名	ヤマナシ ハナコ 山梨 花子	申請書への押印は不要です。 ただし、訂正印が必要な場合がありますので、申請時にはご持参ください。		
	生年月日	昭和・平成 62年 1月 1日生（36歳）			
	住所	〒400-8501 山梨県甲府市丸の内1-6-1 電話 055-237-1111	申請金額は訂正できません。 申請金額については、申請時に保健所の窓口でご確認ください。		
申請金額※1		金 円			
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 △△銀行・金庫・農協 ○○ 本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号（※7桁）	0123456	
	口座名義人	※カナ書き ヤマナシ ハナコ			
助成状況	本申請の不育症検査費用について、過去に山梨県又は他の自治体（都道府県、市町村）で助成を受けていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けていない。（山梨県不妊検査費・不育症検査費助成事業を含む） <input type="checkbox"/> 助成を受けている。 （自治体名）_____（助成を受けた額）_____円				
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	受給者番号

【注意事項】

※1・裏面の申請金額算定方法を参照の上、記入してください。また、申請金額に個室使用料、文書料等直

今回申請する検査費用に対し市町村から助成を受けている場合は、チェックのうえ、自治体名、助成額を記入してください。

ただし、他の都道府県、政令指定都市、中核市から先進医療の不育症検査に対する助成を受けている場合は本助成を受けられません。

さい。