

埼玉県先進医療不育症検査費助成事業  
助成金支給申請書

|     |       |
|-----|-------|
| 申請日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

(宛先)

埼玉県知事

関係書類を添えて、下記とおりに申請します。

なお、本申請の審査に当たり、必要に応じて県が検査実施医療機関に検査状況の確認等を行うことに同意します。

|                            |  |                   |               |                  |  |
|----------------------------|--|-------------------|---------------|------------------|--|
| フリガナ<br><br>申請者<br>(検査受検者) | 生年月日<br>年 月 日<br>(申請時年齢)   |                   | 年 月 日<br>( 歳) |                  |  |
|                            | 電話番号   |                   | - -           |                  |  |
|                            | E-mail   |                   |               |                  |  |
| 住所                         | 〒 -  |                   |               |                  |  |
| 申請額                        | 金 _____ 円<br>※次の金額のうち、いずれか低い額を記入してください。<br>ア 60,000円      イ 先進医療に係る検査費用の7割に相当する額(千円未満の端数切捨て)   |                   |               |                  |  |
| 添付書類<br>(添付したものに<br>チェック☑) | <input type="checkbox"/> 埼玉県先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)<br><input type="checkbox"/> 不育症検査結果個票<br><input type="checkbox"/> 検査費用に係る領収書の写し<br><input type="checkbox"/> 住民登録地を確認できる資料<br>(例) 運転免許証の写し<br>住民票(マイナンバーの記載がないもの・発行から3か月以内のもの)<br>国民健康保険、健康保険等の被保険者証の写し(住所が記載されているもの)<br><input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する銀行口座の通帳の写し |                   |               |                  |  |
| 振込先<br>口座                  | 金融機関名  | 銀行・信用金庫<br>農協・( ) |               | 本店・支店<br>出張所・( ) |  |
|                            | 口座種別   | 普通 ・ 当座           |               | 口座番号             |  |
|                            | フリガナ   | フリカナ              |               |                  |  |
|                            | 口座名義   |                   |               |                  |  |

国による検査実績の収集・把握について

様式第2号「埼玉県不育症検査費用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します。

※**太枠**内の必要事項を記入してください。