

宮城県不育症検査費用助成事業申請書

「宮城県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の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、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や他の自治体に検査状況等の確認を行うことに同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
申請者 (検査受検者)	( )	(年号)	年 月 日( 歳)
住所	〒	電話	( )
備考			
申請額 金 円 (年号) 年 月 日 <small>※助成額: 検査に要した額の7割(千円未満切り捨て)。ただし上限6万円。</small>			
宮城県知事 殿			
振込先 (※)	金融機関名	銀行 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)
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。

※ 振込口座は申請者名義の口座を記入してください。

- ( 添付書類 )
- 1 宮城県不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)
  - 2 検査費用に係る領収書の写し
  - 3 申請者の住民票(マイナンバーの記載がなく、3か月以内に発行されたもの)