

別記

第1号様式（第6条関係）

鹿児島県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

鹿児島県不育症検査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、「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の上、関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

申請者	フリガナ 氏名	続柄（ ）※2	生年月日 及び年齢	年 月 日（ 歳） ※受検者と同じ場合は、受検証明書の年齢を記載 異なる場合は、申請者の申請時の年齢を記載
	住所	〒 電話		
受検者 ※1	フリガナ 氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日（ 歳） ※受検証明書の年齢
	住所	〒 (申請者と同じ場合は記入不要) 電話		
申請金額		金 円		
振込口座 申出欄	金融機関名	銀行 農協 金庫		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	※申請者名義の口座に限ります。		

※1：申請者が受検者と異なる場合のみ、受検者欄の記載をお願いします。

※2：続柄は、受検者との続柄となります。同一の場合は「本人」、その他の場合は「夫」等の記載をお願いします。

(添付書類)

- 不育症検査費用助成事業検査受検証明書（第2号様式） ※医療機関の領収書を添付すること。
- 世帯全員の住民票（続柄の記載のあるもの） ※住所を確認するため
- 振込口座を確認できる書類（通帳の写し等）

(保健所使用欄)

申請受理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		—	

【申請期限等に係る注意事項】

- 助成申請は、不育症検査が終了した後に速やかに行ってください。  
原則、不育症検査が終了した日の属する年度末（3/31）が申請期限です。
- 不育症検査が3月に終了し、年度末までに申請が間に合わない場合に限り、4/30まで（郵送の場合は消印日を申請日として取り扱います）に申請を行ってください。  
4/30が閉庁日（土日・祝日等）の場合は、直前の開庁日が申請期限となります。