

第1号様式

不育症検査費用(先進医療)助成事業申請書

「不育症検査費用(先進医療)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申請します。

		(ふ り が な) 氏 名		生年月日			
申請者		()		年 月 日(歳)			
住所		〒		電話 ()			
<p style="text-align: center;">申 請 額 金 円</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">三重県知事 宛て</p>							
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。

(添付書類) 不育症検査費用(先進医療)助成事業受検証明書(医療機関で記入)