

第1号様式（第4関係）

令和3年度青森県不育症検査費用助成事業費補助金交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり青森県不育症検査費用助成事業費補助金の交付を申請します。

		(ふりがな)		生年月日	
		氏名			
申請者	()		昭和		年 月 日 (歳)
	〒		平成		
	住所		電話		()
備考					
申請額 金 円 ※不育症検査に要した費用と、5万円とを比較して低い方の額 令和 年 月 日 青森県知事 三村 申吾 殿					
振込先	金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協・信漁連			本店 支店 出張所
	口座種別	普通 当座	口座名義人 (カタカナで記入)		
	口座番号				(左詰記入)
<input type="checkbox"/> 私は、補助金交付のための審査に当たり必要な場合は、交付申請書又は添付書類の記載事項について、県が、添付書類の証明書及び個票に記載した医師から聴取を行うことに同意します。 (左の口に✓印を記入してください。)					

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注1) 太枠の中をご記入ください。

注2) 本補助金は、2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往のある方が対象となります。

注3) 「振込先」欄の金融機関口座は、必ず申請者本人名義としてください。

(添付書類)

- 1 不育症検査費用助成検査受検証明書（第2号様式） ※医療機関発行の領収書の写しを貼付又は添付
 - 2 不育症検査結果個票（第3号様式）
 - 3 住所が確認できる書類（住民票の写し【コピー不可】、運転免許証のコピー、健康保険証のコピー等）
 - 4 振込先金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し
- ※ 3・4の書類については、同一年度内において2回目以降の助成を受けようとする場合であって、かつ、前回申請時から内容に変更がない場合は添付を省略できます。

【検査結果に関する項目について国への報告を行うこと等について】

添付書類2「不育症検査結果個票」の内容については、個人名及び実施医療機関名を秘匿した上で、国に報告し、国、関係学会並びに都道府県、政令指定都市及び中核市において把握の上、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。