

令和7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。
 なお、「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、及び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を記載した医師から聴取を行うことに同意します。

		(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					
(A) 対象経費の実支出額 金 円 (B) 申請額 金 円 ※ B欄には、A欄の額の7割に相当する額（千円未満切捨て）と、6万円とのいずれか低い方の額を記入してください、					
令和 年 月 日					
青森県知事 殿					
振込先	金融機関名	銀行・信金		本店	
		労金・信組		支店	
		農協・信漁連		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)

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回以上の流産又は死産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 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）
 - 3 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
- ※ 2・3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。