

佐賀県不育症治療支援事業申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査・治療費の助成を申請します。

- ・ 本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・ 助成の適正を判断するため、佐賀県が他の自治体へ本申請(助成)に係る情報の照会、提供及び医療機関に治療内容等の照会をすることについて同意します。

※太枠内のみ記入してください

申請者	夫	妻
(ふりがな) 氏名	() 印	() 印
住所	〒	〒 <small>※夫婦の住所が同じ場合は記入不要</small>
生年月日	昭和 平成 年 月 日(歳)	昭和 平成 年 月 日(歳)
電話番号	- -	- -

出産(予定含む)の有無	無 ・ 有	佐賀県から過去に受けた 不育症検査・治療費の助成実績の有無	無 ・ 有
今回申請する不育症検査・ 治療費の他自治体への申請	未 ・ 済 →	(自治体名)	(助成額) 円
助成申請額	円		

佐賀県不育症治療支援事業請求書

年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

佐賀県不育症治療支援事業実施要綱に基づく助成金として、次のとおり請求します。

請求額 金 円

※太枠内のみ記入してください

※請求者は申請者(夫婦)のうちどちらか一方とし、請求者及び口座名義人は同一としてください。

請求者	() 印	〒	
(ふりがな) 氏名			
振込先	金融機関	銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義人 ()
	口座番号		(右詰め記入)

※申請には受診等証明書(様式2号)のほか、添付書類が必要となります。必要書類をご確認の上、本申請書とあわせて提出してください。

※お預かりした個人情報厳重に管理し、佐賀県不妊治療支援事業申請のために使用します。上記の場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

保健福祉事務所印

受給者番号	通算助成回数	本申請は	回目
備考			