

不育症検査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

山形県不育症検査費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、医療機関等に申請内容の確認を行うことに同意します。
また、本申請に係る治療は、他都道府県等（政令指定都市及び中核市を含む）が実施する不育症検査費用助成事業による助成を受けたものではありません。（注）太枠のなかを記入してください。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
申請者	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 山形県	電話 ()
書類送付先 ※1	〒	
申請額 (50,000円または検査費用のうち、少ないほうの金額) 金 _____ 円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 口座名義人 (カタカナ) (申請者と同一)
	口座番号	(左詰で記入してください)
※1 決定通知書等送付先は、原則申請者の住所です。送付先を変更する場合のみ、記入してください。		保健所 受付印

添付書類

- 「不育症検査費用助成事業受検証明書（申請書別記様式第1号）」（医療機関記入）（医療機関発行の領収書及び診療明細書を添付してください）
- 「不育症検査結果個票（申請書別記様式第2号）」（医療機関記入）
- 申請者の住所を確認できる書類（住民票抄本）
- 通帳の写し

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）に関する説明書

本個票により、検査結果等を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があります。

国への報告時、受検者氏名及び実施医療機関名は秘匿とされ、個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

以前にお住まいの自治体に受給歴について確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、検査1回あたりの支給回数は1回と決められています。今回の検査日以降に転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。