

長野県不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日			
申請者	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
住所	〒 _____				
連絡先	電話番号				
申請内容	申請額 金 _____ 円		令和 年 月 日 長野県知事 様		
振込先 (※3)	貯金種別	普通 当座	ふ り か ゝ な		
	金融機関名	口座名義人		銀行・金庫・農協	
	店名	本店・支店・出張所		口座番号(左詰記入)	

ここより下は保健所が使用しますので、記入しないでください。

申請受理年月日	決定年月日	受給者番号		
	(承認・不承認)			

(注1) この助成は、不育症検査のうち先進医療として定められている検査を受検した場合のみ申請できます。

(注2) 申請者は、検査を受けた方となります。

(注3) 以下の書類を添付してください。

- ①長野県不育症検査費用助成事業受検証明書
- ②不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）
- ③不育症（先進医療分）の領収書の原本
- ④住民票