

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。

- ・ 今回申請する検査・治療費用について、他の自治体での助成の申請は行っていません。
- ・ 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。

※太枠内をすべて記入してください

	氏 名	生 年 月 日	
申請者	フリガナ	年 月 日 (歳)	
配偶者	フリガナ	年 月 日 (歳)	
申請者住所	〒 電話番号 ()		
配偶者住所 ※申請者と住所が異なる場合に記入	〒 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 (回)
助成申請額		円	

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、佐賀県不育症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。

※必要書類は「必要書類フローチャート」にて確認してください。

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			