

様式第1号

記入例

徳島県妊孕性検査支援事業交付申請書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

関係書類を添えて次のとおり検査費用の助成を申請します。  
また、徳島県が本申請の審査等に関して関係機関に照会することに同意します。

		申請者 (夫)				申請者 (妻)				備考	
申請者の氏名及び住所	フリガナ									※事実婚の方はチェック(☑)を記入	
	氏名									☐	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	昭和 平成	年	月	日		
	電話番号	日中連絡先 ☐				日中連絡先 ☐				※日中連絡のつきやすい方にチェック(☑)を記入	
	住民票の住所	〒 - 徳島県				左記は (☐夫 ☐妻) の住所				※兩人同居している場合は、どちらにもチェック(☑)を記入	
	送付先住所	〒 -				住民票と送付先の住所が異なる場合のみ記入してください。				夫婦で同居の場合は両方にチェックを記入してください。	
確認事項	以下の確認項目にチェックを入れてください。※いいえにチェックが入る方は助成の対象となりません。										
	① 過去に不妊治療(人工授精、体外受精、顕微授精)を受けたことがない ② 徳島県で過去にこの助成を申請していない ③ 夫と妻の双方が検査を受けた(助成対象期間は検査開始日から前年12月31日まで) ※男性は精液検査、女性は抗ミュラー管ホルモン検査(AMH)検査 ④ 検査開始日における妻の年齢が40歳未満である										
	① はい ☐ いいえ ☐ ② はい ☐ いいえ ☐ ③ はい ☐ いいえ ☐ ④ はい ☐ いいえ ☐										
患者負担額	患者負担額の合計金額				合計				円		
申請金額	上記の金額もしくは25,000円のいずれか低い方の金額を記入				受診等証明書の患者負担額を記入してください。						
振込口座申出欄	金融機関名	店名				本店 支店 出張所					
	預金種別	普通・当座				受診等証明書の患者負担額か25,000円のいずれか低い方の金額を記入してください。					
	口座番号	右づめで記入									
検査結果等について医療機関へ照会することに関する同意	照会の目的・内容 徳島県及び不妊・不育相談室(県委託)は、個人が特定されない範囲の検査結果及び今後の方針等の内容について、検査を実施した医療機関へ照会の上、支援体制等を検討する会議等において、活用することとしています。 ※同意の有無は審査に関係するものではありません。										
	☐同意します。 ☐同意しません。 内容をご確認の上、いずれかにチェックを記入してください。										

注)訂正は「=(二重線)」で訂正し、正しい内容をご記入ください。修正テープ等での修正はしないでください。

<保健所記入欄>

書類受付日	年 月 日	入力日	年 月 日
-------	-------	-----	-------

裏面【添付書類・チェックリスト】もご確認ください

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	<input checked="" type="checkbox"/>
1	徳島県妊孕性検査支援事業受診等証明書(様式第2号) ※本人控えとしてコピーをお取りください	<input type="checkbox"/>
2	徳島県内の住所を確認できる住民票(原本) (続柄の記載があるもの) ※事実婚の場合は、兩人の住民票	<input type="checkbox"/>
3	振込先口座の通帳の写し (口座番号・口座名義人・銀行本店コード等が記載されたページ)	<input type="checkbox"/>
4	〈事実婚の場合〉 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)	<input type="checkbox"/>
5	〈事実婚の場合〉 〈住民票の続柄で夫婦と証明できない場合〉 戸籍謄本(原本)	<input type="checkbox"/>

※申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。