

様式第1号(第6条関係)

必ず、申請前に、申請窓口(お住まいを管轄する保健福祉(環境)事務所)に、申請内容・申請方法等について電話等でご相談ください

福岡県先進医療不育症検査費用助成事業申請書

受給者番号					
	(ふりがな) 氏名		生年月日	申請日時点の 年齢	
受検者	()		昭和 平成	年 月 日	()歳
住所	〒		電話	()	
<p>「福岡県先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて、先進医療不育症検査費用の助成を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 ふりがな 氏名 _____</p> <p>(受験者との続柄) 本人・本人以外()</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p>					

注) 太枠の中をご記入ください。

(注)注意事項

以下に当てはまる場合のみ助成の対象となります。

- 先進医療として告示されている不育症検査を、その実施機関として承認されている保険医療機関で実施した場合。
- 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で実施した場合。

(添付書類)

- 1 福岡県先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)
- 2 住民票の写し又は住所が確認できるもの(発行日から3ヶ月以内)
- 3 実施医療機関発行の当該検査に係る領収書
- 4 保険適用されている不育症に関する治療・検査を行っていることがわかる診療明細書等
- 5 口座振替用紙(福岡銀行発行のもの)
- 6 振込口座等が確認できる書類(預金通帳又は口座等情報の写し)

保健所受付印	県庁健康増進課印