

長野県不育症検査費用助成事業交付申請書

「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) 申請者	()	生年 月日	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 【計算方法】検査費用の7割に相当する額(千円未満は切り捨て)ただし6万円を上限とする。 令和 年 月 日 長野県知事 様		
振込先 (申請者名義の 口座)	貯金種別	普通 当座	ふ り か な
	金融機関名	銀行・金庫・農協	口座番号(左詰記入)
	店 名	本店・支店・出張所	

(注1) この助成は、2回以上の流産の既往のある方が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(先進医療分)の領収書の原本
- ③住民票の写し(発行後3か月以内のもの)

(注4) 次の費用は助成の対象となりません。

- ①食事代、文書料等直接検査に関係ない費用
- ②出産(流産・死産等を含む)に係る費用
- ③他の地方公共団体及び当県の助成制度等で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用

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)				