

長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（先進医療）費用の助成を申請します。

申請者	ふりがな		昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
	氏名	(夫・妻)	電 話
	現住所	〒 _____	
配偶者	ふりがな		昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
	氏名	(夫・妻)	電 話
	現住所	〒 _____	

※申請者と異なる場合に記入

該当する内容の□にレ点を記入してください。

- 婚姻関係
 - 法律婚
 - 事実婚
- 過去にこの助成を受けたことがありますか。
 - ある 今回 _____ 回目
 - ない

申請内容	申請額	金 _____ 円 (助成上限額：5万円)
		【計算方法】先進医療費自己負担額×1/2または5万円のどちらか金額の少ない額を記入
	令和 年 月 日	長野県知事

振込先	貯金種別	普通当座	ふ り か な																	
			口座名義人																	
		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 太枠の中を記入してください(別添記載例参照)。申請は、治療が終了した日の翌日から90日以内の開庁日のうちに行ってください。
申請期限の考え方：3月16日に治療が終了した場合は、6月14日までに申請
- 以下の書類を添付してください。
 - 長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業受診等証明書（様式第2号）
*本人控えとして提出前にコピーをお取りください。
 - 先進医療治療に係る領収書の原本（領収書がない場合は、助成できません）
 - 夫及び妻の住民票の写し（発行後3か月以内のもの）
 - 次の費用は助成の対象となりません。
 - 食事代、文書料等直接治療に関係ない費用
 - 出産（流産・死産を含む）に係る費用
 - 他の地方公共団体で助成されていた期間に係る治療（検査）の費用
 - 当県の他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
 - 保健所に来所する際は、記載内容を修正する場合に必要となりますので印鑑をお持ちください。

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		受給者番号						
決定年月日	(承認・不承認)	助成回数	通算	回				

