

(様式第1号)

山梨県不妊治療費（先進医療）助成申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

また、山梨県が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

記

夫	フリ 氏 名					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）				
	住 所	〒 電話 — —				
妻	フリ 氏 名					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）				
	住 所 ※夫と異なる場合のみ記入	〒 電話 — —				
婚姻の届出	<input type="checkbox"/> 有（法律婚） <input type="checkbox"/> 無（事実婚）					
申請金額※1	金 _____ 円（助成上限額：210,000円） <small>◇様式第2号 受診等証明書「患者負担(領収)額」の先進医療にかかった金額に10分の7を乗じた金額 (1円未満は切り捨て)と上限額：210,000円を比較し、低い額を記入してください。</small>					
振 込 先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号（※7桁）			
	口座名義人	※カナ書き				
助 成 状 況	1.今回申請する先進医療の治療に係る費用について、他の地方公共団体及び当県の他の助成事業等で、 助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 助成を受けている。→助成対象外です。 <input type="checkbox"/> 助成を受けていない。					
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	受給者番号	

必ず裏面もご確認ください。（申請書内の注釈についても裏面に記載しています。）

(裏)

助成の適正を判断するため、必要に応じ、次の点について照会することがありますので御了承ください。

- 受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 過去の助成状況等について、他の地方公共団体に照会することがあります。
- 本県の助成状況等について、他の自治体からの照会に回答することがあります。

【添付書類】

- (1) 事実婚関係に関する申立書（様式第1号の2）（第3第1項（2）に該当する場合に限る。）
- (2) 山梨県不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（様式第2号）
- (3) 住民票等夫婦の住所を確認できる書類（発行後3か月以内のもの）
- (4) 法律上の婚姻の有無を証明する書類（戸籍謄本等。ただし、（3）で確認できる場合は不要。）
- (5) その他知事が必要と認める書類

【注意事項】

※1：様式第2号 受診等証明書「患者負担(領収)額」の先進医療にかかった治療金額に10分の7を乗じた金額（1円未満は切り捨て）と上限額：210,000円を比較し、低い額を記入してください。（受診等証明書が複数の場合は、「患者負担(領収)額」を合算してください。）

また、患者負担(領収)額に以下の費用等が含まれていないことを確認してください。

- ①食事療養標準負担額・個室使用料・文書料等直接治療に関係のない費用
- ②出産（流産・死産等を含む。）に係る費用