

(様式第1号)

山梨県不妊治療費(保険適用外となる治療)助成金申請書

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(保険適用外となる治療)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

	(ふりがな) 氏 名		生年月日				
夫	()		昭和・平成 年 月 日(歳)				
妻	()		昭和・平成 年 月 日(歳)				
住所(*1)	〒 連絡先						
住所(*2) [夫・妻]	〒 連絡先						
婚姻の届出 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 有(法律婚) <input type="checkbox"/> 無(事実婚)						
過去の助成歴 (☑してください)	過去にこの事業(保険適用外となる治療)で助成を受けた回数 <input type="checkbox"/> なし(今回が初めての申請) <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 ○回数リセット(*3) 出産日(死産日) 年 月 日						
助成金申請額	※ 様式第1号別紙1『山梨県不妊治療費(保険適用外となる治療)助成金 申請額算定表』 の申請額合計を記載。 円						
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	預 金 種 別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人		()		
	口 座 番 号						(右詰記入)
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

注)太枠の中を記入してください。
*1:夫婦の住所を記入してください。
*2:単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
*3:助成回数は1子につき3回まで。ただし、助成を受けた後に出産した場合(又は妊娠12週以降に死産に至った
場合は、当該回数をリセットし、新たに3回まで助成を受けることができます。

【添付書類】

次の書類を添付して提出してください。

- ① 山梨県不妊治療費(保険適用外となる治療)助成金申請額算定表(様式第1号 別紙1)
- ② 山梨県不妊治療費(保険適用外となる治療)助成事業 受診等証明書(様式第2号)
- ③ 住民票等、申請者及び配偶者の住所を確認できる書類(発行後3か月以内のもの)
- ④ 戸籍謄本等、法律上の婚姻の有無を証明する書類
※ただし、③の住民票で確認できる場合は省略可能。 ※事実婚の場合は必ず提出。
- ⑤ (事実婚の場合)事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
- ⑥ (回数リセット後初めての申請の場合)出産(又は死産)の事実を確認できる書類
(子の住民票、戸籍謄本等)