

(様式第1号)

山梨県不育症治療費助成申請書

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育症治療費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

申請者	フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	住所	〒 電話 - -		
配偶者	フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	住所申請者・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	金 額 円			
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		
過去の助成状況	過去に不育症治療助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある。(※詳細は下記へご記入ください。) ・1回目 平成・令和_____年度 自治体名 () ・2回目 平成・令和_____年度 自治体名 ()			
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			助成年度の回数	回目

(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。
- 他の地方公共団体で助成を受けられる可能性がある場合は、当該地方公共団体へ照会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)(要綱第3第1項(2)に該当する場合に限る。)
- (2) 山梨県不育症治療費助成事業申請金額明細書(様式第2号)
- (3) 医療機関が発行した領収書及び診療報酬明細書、保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等、(2)の額が確認できる書類
- (4) 山梨県不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第3号)
- (5) 住民票等夫婦の住所を確認できる書類
- (6) 法律上の婚姻の有無を証明する書類(戸籍謄本等。ただし、(5)で確認できる場合は不要。)
- (7) 妻の健康保険証の写し
- (8) その他知事が必要と認める書類