

不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

関係書類を添えて次のとおり不妊に悩む方への特定治療支援事業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。

申請者・夫	フリガナ氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	
	住所	〒	
申請者・妻	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		印鑑は不要になりました。 ※訂正印が必要な場合がありますので、申請時には印鑑をご持参ください。(認め印で可)	
婚姻の届出		<input type="checkbox"/> 有(法律婚) <input type="checkbox"/> 無(事実婚)	
助成回数のリセット		<input type="checkbox"/> 希望する ←助成後に出産した場合などにこれまでの助成回数をリセットします。	
助成制度利用後に出産した場合(上記で助成回数のリセットを希望した場合にご記入ください。)			
子の氏名/生年月日/助成回数 氏名 生年月日 助成回数			
助成回数のリセットを希望する場合は、「希望する」にチェックしたうえで、 出産した子の氏名、生年月日、助成回数を記入してください。 (妊娠12週以降の死産の場合は、その旨記入してください。)			
申請金額		申請額(男性不妊治療分除く) 金 申請額(男性不妊治療分) 金 申請額合計 金	申請金額は訂正できません。 申請額については、申請時に保健所の窓口でご確認ください。
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 口座番号は右詰でご記入ください。	
過去の助成状況	過去にこの助成金を山梨県又は他の自治体(都道府県、指定都市、中核市)で受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがありません。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費(男性不妊治療分除く) (都道府県) 回数 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費(男性不妊治療分)の日 (都道府県) 回数 他都道府県、指定都市、中核市で受けた助成についてご記入ください。県内の市町村等(甲府市を除く)で受けた助成はご記入いただくなくてよいです。		
裏面の説明書を確認の上、今回の特定不妊治療の内容・結果及び妊娠の経過についての報告および照会について同意します。			
申請者署名 ( )		夫婦両方の署名をお願いします。	
申請受理年月日	年 月	日	承認・不承認
受給者 氏名			