

長野県不育症治療支援事業申請書

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。

夫	(ふりがな) 氏名	() 昭和・平成 年 月 日生 (歳) 電話																				
妻	(ふりがな) 氏名	() 昭和・平成 年 月 日生 (歳) 電話																				
住所(※1)	〒 _____																					
住所(※2)	〒 _____																					
○ 過去にこの助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある。 今までに受けた回数は _____ 回 <input type="checkbox"/> 受けたことはない。																						
申請内容	申請額 金 _____ 円 令和 年 月 日 長野県知事 様																					
振込先 (※3)	貯金種別	普通 当座	ふりかゝな																			
	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																				

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	決定年月日	受給者番号			
	(承認・不承認)				

- (注1) この助成は、不育症と診断された(されている)場合のみ申請できます。
- (注2) 太枠の中を記入し、該当する口をチェックしてください。
 - ※1 夫婦の住所を記入してください。
 - ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
 - ※3 振込先は、申請者のいずれか一方の口座名義を記入してください。
- (注3) 初回(1回目)として助成を受けた治療よりも前に終了していた治療を、後から申請することはできません。ご注意ください
- (注4) 以下の書類を添付してください。
 - ①長野県不育症治療支援事業受診等証明書(様式第2号)
 - ②不育症治療に係る領収書の原本
 - ③夫及び妻の住民票の写し
 - ④夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)