

長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業（妊孕性温存療法分）のためのチェックシート

項 目	チェック
1 申請期限	
① 今回の治療終了日（様式第2号記載の「妊孕性温存療法終了日」）の翌日から起算して90日以内に申請していますか。 申請期限を過ぎた場合、助成金の決定ができませんので、あらかじめご承知おきください。 申請期限は、「90日後計算シート」から確認いただけます。 （申請日は様式第1号の右上に記入します。）	
2 長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業交付申請書（妊孕性温存療法分）（様式第1号）	
① 右上に申請日を記入しましたか。（申請日は治療終了日の翌日から起算して90日以内）	
② 申請額は注意事項6により、算出していますか。	
③ 振込先口座の口座名義人は申請者と同一ですか。	
④ 誓約欄に署名をしましたか。	
⑤ 誓約欄の日付は治療終了日から申請日（同日可）までの日付を記入していますか。	
3 長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業受診等証明書（妊孕性温存療法分）（様式第2号）	
① 今回の治療を行った医療機関にて作成してもらいましたか。	
② 必要な場合、本人控えとしてコピーを取りましたか。	
③ 氏名・生年月日に誤りがないか確認しましたか。	
4 申請時に申請者（対象者）が長野県内に住所を有していることが確認できる書類（住民票の写し）	
① 1回の申請につき1部添付していますか。	
② コピーではなく原本を添付していますか。	
③ 申請日から3か月以内に発行されたものですか。	
④ 申請者が保護者等本人でない場合は、対象者との続柄が記入されていますか。	
5 婚姻関係を確認できる書類（戸籍謄本）	
① 1回の申請につき1部添付していますか。	
② コピーではなく原本を添付していますか。	
③ 申請日から3か月以内に発行されたものですか。	
④ 戸籍謄本を添付していますか。（戸籍抄本は不可）	