検査または治療が終了した日の翌日から起算して 90 日以内 に申請してください。
申請期限の考え方:10月31日に終了した場合は翌年の1月 29 日までです。

（様式第１号）（第５関係）

# 長野県不育症治療支援事業交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査または治療費の助成を申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者 | ふりがな | | 昭和・平成　年　月　日生（　歳） |
| | 氏　名 | （夫・妻） | 電　話 |
| | 現住所 | 〒 | |
| | ふりがな | | 昭和・平成　年　月　日生（　歳） |
| | 氏　名 | （夫・妻） | 電　話 |
| | 現住所 | 〒 | ※別居の場合に記入 |

単身赴任等、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

該当する内容の□にレ点を記入してください。

１　婚姻関係　　□法律婚　　□事実婚（事実婚申立書が必要です。）

事実婚の場合、住民票の提出の省略はできません。

２　過去にこの助成を受けたことがありますか。

□　ある　今回＿＿＿＿回目 ➡ 今年度の申請　□ある（住民票の省略可）

□　ない　　□ない

３　婚姻（事実

□ある

□ない

自己負担額または助成上限額(5万円)のどちらか小さい方の金額を記入してください。
金額を間違えた場合は、交付申請書の書き直しが必要になります。
不安な場合は、未記入のまま保健福祉事務所にお持ちください。

| | |
|---|---|
| | （長野県内） |
| | |
| | |
| | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請内容 | 申　請　額　　金＿＿＿＿＿＿円（助成上限額：５万円） | | | |
| | 令和　　年　　月　　日　　長野県知事　様 | | | |
| 振込先 | 貯金種別 | 普通 当座 | フリカゴナ | |
| | | 口座名義人 | | |
| | 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 | |

申請書を記載した日を記入します

振込先は、夫または妻のいずれか一方の口座名義を記入してください。

どちらかに〇をしてください。

（注）１　この助成は、不育症の診断に係る検査を受検した場合、不育症と診断され治療をした場合に申請できます。
２　太枠の中を記入してください（別添記載例参照）。申請は、治療が終了した日の翌日から起算して90日以内に行ってください。90日後が閉庁日の場合は前日までに申請してください。
申請期限の考え方：３月16日に治療が終了した
３　初回（1回目）として助成を受けた治療よりも前
４　以下の書類を添付していください。
①長野県不育症治療支援事業受診等証明書（様式第２号）　＊本人控えとして、コピーをお取りください。
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（発行後３か月以内のもの、コピー不可）
④婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）等
⑤事実婚の場合は、事実婚申立書
５　次の費用は助成の対象となりません。
①食事代、文書料等直接治療に関係ない費用　②出産（流産・死産を含む）に係る費用
③他の地方公共団体（市町村等）で助成を受けた期間の治療（検査）の費用
④当県の他の助成制度等で助成を受けた期間の治療（検査）の費用
６　保健所に来所する際は、念のため印鑑をお持ちください。

保健福祉事務所受理後、コピーをお渡しすることはできません。

当事業を申請する前に、市町村等から助成を受けた場合、当事業の助成を受けることができません。