（様式第１号）（第５関係）

長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（先進医療）費用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	

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

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（住民票の提出省略可）

☐ない　　☐ない

申請内容	申　請　額　　金＿＿＿＿＿＿＿＿円（助成上限額：10万円） 【計算方法】先進医療費自己負担額または10万円のどちらか金額の少ない額を記入 令和　　年　　月　　日 長野県知事				
振込先	貯金種別	普通 当座	フリカ゛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			

（注）１　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（様式第２号「受診等証明書」の「今回の治療期間」の終了日）の翌日から起算して90日以内の開庁日のうちに行ってください。
申請期限の考え方：３月16日に治療が終了した場合は、６月14日までに申請

２　以下の書類を添付してください。
①長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業受診等証明書（様式第２号）
＊本人控えとして提出前にコピーをお取りください。
②先進医療治療に係る領収書の原本（領収書がない場合は、助成できません）
③夫及び妻の住民票の写し（コピー不可、発行後３か月以内のもの　ただし、記載事項に変更がない場合、同一年度内の２回目以降の申請では省略可能）

３　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他の地方公共団体で助成されていた期間に係る治療（検査）の費用
④当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療（検査）の費用

４　保健所に来所する際は、記載内容を修正する場合に必要となりますので印鑑をお持ちください。

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		受給者番号	
決定年月日	（承認・不承認）	助成回数	通算　　回