

保険適用の不妊治療とあわせて先進医療を実施した場合、助成の対象です。
申請は、治療終了(中止)した日の翌日から起算して **90 日以内** に行ってください。
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	〒		
单身赴任等、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。				
※別居の場合に記入				
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。				
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 申請書を記載した日を記入します 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	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。
	金融機関	どちらかに○をしてください。		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、3月17日から起算して90日以内に行ってください。

2 以下の書類を添付してください。

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。

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
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。

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。