（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	

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。）

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（住民票の写し、戸籍謄本の省略可）

☐　ない　　☐ない

３　婚姻（事実婚を含む）後、長野県内で転居したことがありますか。

☐ある　ご記入ください →

転居時期（年月）	住所（長野県内）

☐ない

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 ゛ 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　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（検査）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場合は、６月14日までに申請

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。

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―１号、様式２―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（検査）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（コピー不可）、発行後３か月以内のもの）

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（検査）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。

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）					