

様式第3号

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
(温存後生殖補助医療分)

長野県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏名				年 月 日		
	住所	〒 -					
	電話番号	- -					
夫	ふりがな				生年月日		
	氏名				年 月 日		
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の対象となる費用について、他制度の助成をうけていますか				はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません			
過去に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）の助成を受けたことがありますか				ある ・ ない (ある場合)→過去()回助成を受けた 「ない」の場合、本助成を受けることはできません			
過去に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（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ある ・ ない (ある場合)→過去()回受けた				【添付書類】 (添付したものに☑) ☐ 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（温存後生殖補助医療）受診等証明書（様式第4号） ＜法律婚の場合＞ ☐ 申請者本人が申請時に長野県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票の写し（コピー不可）） ☐ 夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本） ＜事実婚の場合＞ ☐ 事実婚関係に関する申立書（様式第5号） ☐ 申請者が長野県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票の写し）及び配偶者の住民票の写し（どちらもコピー不可） ☐ 夫婦それぞれの戸籍謄本 ＜助成回数のリセットを希望する場合＞ ☐ 死産届の写し等			
出産等による助成回数のリセットを希望しますか はい ・ いいえ →リセット対象となる出産歴等を御記入ください 子の氏名： 出生日： 妊娠12週以降の死産： 年 月							
申請内容	申請額 円（注意事項 5 参照）						
振込先	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号				
助成決定金額 ※長野県使用欄 円							

※御提供いただいた個人情報は助成金の審査、支払いに使用します。

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、長野県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、本事業の助成（妊孕性温存療法分）を受け凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療に要した医療保険適用外費用とします。
ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 4 助成額は、上限額または実際に要した費用のいずれか低い方の金額で決定します。
（参考）
 - A 新鮮胚移植を実施（上限25万円）
 - B 凍結胚移植を実施（上限25万円）
 - C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施（上限10万円）
 - D 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了（上限25万円）
 - E 受精できず、または、受精したが胚が発育せず治療終了（上限25万円）
- 5 申請額は、4の助成額算出方法により算出された額を記入してください。
- 6 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間初日における年齢が40歳未満である場合は通算6回まで、40歳以上である場合は通算3回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、様式第4号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担です。
- 9 申請書を郵送にて提出される場合、郵送事故防止のため追跡可能な方法を推奨しております。不着となった場合、当県では一切の責任を負いません。
また、郵送料は御負担ください。

郵送先

〒380-8570
長野市大字南長野字幅下692-2
長野県 健康福祉部 疾病・感染症対策課 母子保健係

問合せ先

長野県 健康福祉部 疾病・感染症対策課 母子保健係
電 話：026-235-7141
F A X：026-235-7170
メール：boshi-hoken@pref.nagano.lg.jp