

受給者番号				1 通算6回まで
				2 通算3回まで
				(年目・今年度 回目・通算 回目)

長崎県不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。
 また、今回申請する治療費について、県が長崎県以外（他自治体）からの交付状況を他の自治体へ照会することや、他の自治体から本県の交付状況の照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りや不正な手段等により助成金を受けていると判明した場合には返還の義務があることについても同意します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日			
申請者(夫)	()	年	月	日	(歳)
申請者(妻)	()	年	月	日	(歳)
住所(※1)	〒	電話 ()			
住所(※2)	〒	電話 ()			
○事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。 □					
申請額		金		円 (※下記【考え方】参照)	
年 月 日		長崎県知事 様			
長崎県以外 (他自治体) からの助成状況	・今回の治療分の助成金を、別の自治体で申請していますか。 <input type="checkbox"/> はい 申請先自治体 () <input type="checkbox"/> いいえ				
振込先	金融機関名	(銀行・金庫・農協) (本店・支店・出張所)			
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場合に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入。

【参考】申請額の考え方

①先進医療による治療にかかった費用 (※様式2号の(B)の領収金額)	× 0.7	=	② (※千円未満切り捨て)
			②が50,000円を超える場合 …申請額は50,000円
			②が50,000円を超えない場合 …申請額は②の金額

※助成対象となる先進医療について、他の自治体ですでに助成を受けた場合は、上記①で算定した額を上限として差額の申請となります。(下記の式を参照)

② (※千円未満切り捨て)	-	③他自治体で受けた助成額 (※)	=	申請額
---------------	---	------------------	---	-----

(添付書類)

- 不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書
- 夫婦の住民票の写し（続柄の記載のあるもの）
 (※マイナンバーなし、3ヶ月以内に発行されたもの)
 ※住民票で夫婦関係が確認できない場合は戸籍謄本（3ヶ月以内発行）も必要
 ※同じ年度内の2回目以降の申請で、前回提出した住民票の発行日から3ヶ月以内に申請を行い、住所に変更がない場合は省略可。
- 振込先口座の口座名義人、口座が番号がわかる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）