

(様式第1号)

山梨県不妊検査費・不育症検査費助成申請書

令和 4年 7月 9日

山梨県知事 殿

助成申請する検査費に○をしてください。

関係書類を添えて下記のとおり【不妊検査費・不育症検査費】の助成を申請します。

また、山梨県が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

記

夫	フリガナ氏名	ヤマナシ タロウ 山梨 太郎			
	生年月日	昭和・平成 62年 1月 1日生 (35歳)			
	住所	〒400-8501 山梨県甲府市丸の内1-6-1 電話 055-273-1111			
妻	フリガナ氏名	ヤマナシ ハナ子 山梨 花子			
	生年月日	昭和・平成 62年 1月			
	住所 ※夫と異なる	どちらか該当するほうに チェックしてください。			
婚姻の届出	<input type="checkbox"/> 有 (法律婚) <input type="checkbox"/> 無 (事実婚)				
申請金額※1	金	円 (助成上限額: 20,000円)			
申請対象期間※2	令和4年3月22日 ~ 令和4年5月28日 (最長1年間)				
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 △△銀行・金庫・農協 ○○本店・支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号 (※7桁)	0123456	
	口座名義人	※カナ書き ヤマナシ タロウ			
助成状況	1.過去に山梨県不妊検査費・不育症検査費助成金を受けたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けたことがない。 2.今回申請する検査費用について、他の事業による助成を受けていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けていない。				
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認	受給者番号

申請書への押印は不要となりました。
訂正印が必要な場合がありますので、
申請時にはご持参ください。

申請金額は訂正できません。
申請金額については、申請時に
保健所の窓口でご確認ください。

チェックがないと、助成
対象になりません。

必ず裏面もご確認ください。(申請書内の注釈についても裏面に記載しています。)

(裏)

助成の適正を判断するため、必要に応じ、次の点について照会することがありますので御了承ください。

- 受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 過去の助成状況等について、他の地方公共団体に照会することがあります。

【添付書類】

- (1) 事実婚関係に関する申立書（様式第1号の2）（第3第1項（2）に該当する場合に限る。）
- (2) 山梨県不妊検査費・不育症検査費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- (3) 住民票等夫婦の住所を確認できる書類
- (4) 法律上の婚姻の有無を証明する書類（戸籍謄本等。ただし、（3）で確認できる場合は不要。）
- (5) その他知事が必要と認める書類

【注意事項】

※1：様式第2号 受診等証明書の「患者負担(領収)額」と上限額：20,000円を比較し、低い額を記入してください。（受診等証明書が複数の場合は、「患者負担(領収)額」を合算してください。）

また、患者負担(領収)額に以下の給付等が含まれていないことを確認してください。

- ①医療保険各法による療養の給付（公的医療保険による給付）
- ②食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接検査に関係のない費用

※2：対象期間は最長1年間です。

夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から検査終了日までが申請対象期間となります。

例) 妻の検査期間：R1.7.1～R2.1.31、夫の検査期間：R2.4.1～R2.7.31の場合、申請対象期間は、R1.7.1～R2.6.30の1年間となります。R2.7.1～R2.7.31は検査を行っていたとしても申請対象外です。

ただし、原始附則第4条を適用する場合はこの限りではありません。