

鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、鹿児島県が申請内容の確認のため医療機関等へ照会することに同意の上、関係書類を添えて下記のとおり先進医療不妊治療費の助成を申請します。

申請者	フリガナ氏名		生年月日及び年齢	年 月 日 (歳) ※受診等証明書の治療開始日年齢
	住所	〒 - 電話		
配偶者	フリガナ氏名		生年月日及び年齢	年 月 日 (歳) ※受診等証明書の治療開始日年齢
	住所	〒 - 電話		
申請金額	金 円 (上限10万円) ※費用に7/10を乗じた額 (1円未満の端数切捨)			
助成実績等	他の自治体で先進医療不妊治療費を含む助成を受けられましたか。 <input type="checkbox"/> 有 (自治体名: , 回数:) <input type="checkbox"/> 無 ※ 助成を受けた自治体に助成内容を確認する場合がありますので、ご承知おきください。			
振込口座申出欄	金融機関名			銀行 本店 農協 支店 金庫 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ口座名義人			※申請者名義の口座に限ります

(添付書類)

- 1 先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書 (第2号様式)
- 2 医療機関の発行した先進医療不妊治療費に係る領収書 (原本)
- 3 医療機関の発行した診療明細書 (領収書に治療名の記載のない場合等に必要となります。)
- 4 他の自治体で不妊治療に係る先進医療不妊治療費を含む助成を受けられたことがある場合、助成金額及び内訳がわかる書類
- 5 住所を確認することができる書類 (夫婦の住民票)
※ 子どもがいる夫婦については、必ず子どもが記載されている住民票を添付してください。
- 6 振込口座を確認できる書類 (通帳の写し等)

(保健所使用欄)

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	(承認 ・ 不承認) 年 月 日
受給者番号		-	

【申請期限に係る注意事項】

① 助成申請は、生殖補助医療が終了した後に速やかに行ってください。
原則、生殖補助医療が終了した日の属する年度末 (3/31) が申請期限です。

② 治療が3月に終了し、年度末までに申請が間に合わない場合に限り、4/30まで (郵送の場合は消印日を申請日として取り扱います) に申請を行ってください。
4/30が閉庁日 (土日祝日等) の場合は、直前の開庁日が申請期限となります。