様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

受給者番号							（記入不要）

不妊治療費（先進医療）補助金交付申請書

年　　月　　日

静岡県知事　氏　　名　様

〒

住所

申請者

氏名

電話　　（　　）

不妊治療費（先進医療）補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

今回の治療について、必要な範囲内で医療機関等へ照会することや、他の自治体から本県の交付状況について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、偽りその他不正な手段等により補助金の交付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 夫の氏名		夫の生年月日 （年齢）	年　月　日 （　歳）
ふりがな 妻の氏名		妻の生年月日 （年齢）	年　月　日 （　歳）
（夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入）	〒 電話　　（　　）		
交付申請額※	円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に10分の７を乗じた額（１円未満切り捨て）または５万円の低い方	

今回の治療について、他の自治体で補助金の交付を受けたことがありますか。（申請中を含む）

□　はい　　→　　自治体名　（　　）

□　いいえ

口座振替先	金融機関名		支　店　名	
	口 座 種 別	普通　・　当座	口 座 番 号	
	口座名義人			

【添付書類】１　不妊治療費（先進医療）受診等証明書（様式第２号）

２　夫及び妻の住民票（発行後３か月以内のもの）

３　夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（発行後３か月以内のもの）
ただし、外国人にあっては、公の機関が発行した婚姻の状況が確認できる書類

４　不妊治療（先進医療）を受けた医療機関発行の領収証の写し

５　事実婚関係に関する申立書（様式第３号）（事実婚の場合に限る。）

６　その他知事が必要と認める書類

【申請期限】治療が終了した日の属する年度内に必要書類をご提出ください。（１月から３月に終了した場合は翌年度の６月末まで）

【留意事項】不妊治療費（先進医療）助成事業は、県が行う審査を経て決定するものであり、申請書を受理したことにより補助金の交付を保証するものではありません。また、申請件数が補助予定件数を超えた場合、申請期間内であっても受付を終了することがあります。