

(様式第1号)

令和8年度山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、記載内容に間違いがないことを誓約し、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。

また、今回の申請に係る治療は、本事業による助成を既に受けたものではありません。

(注) 太枠のなかを記入してください。

(フリガナ) 申請者氏名	( ) (受診者と同一)					
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)					
住 所	(住所は住民票のとおりに入力してください) 〒 電話 ( ) ※日中連絡が取れる番号を記載					
書類送付先 ※	(住所と書類送付先が異なる場合のみ記入してください) 〒					
治 療 内 容 (該当するものに○をつけてください)		治 療 日		治療に係る医療費の支払日		
1. 採卵術		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
2. 胚移植術		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
3. 精巣内精子採取術		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協				本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	(申請者と同一)		
	口座番号					(左詰で記入してください)
添付書類 (当てはまるものにチェックをつけてください)						
<input type="checkbox"/> 申請する治療内容に関する医療機関発行の領収書 (コピー) と医療費明細書 (コピー)						
<input type="checkbox"/> (領収書 (コピー) を提出できない場合) 医療機関記載の治療証明書 (別紙様式) 及び医療費明細書 (コピー) →領収書 (コピー) を提出できない理由を下記から選んでチェック (または記載) してください。						
<input type="checkbox"/> 高額療養費限度額認定証の上限額に達したことにより、窓口での支払いがなかったため。						
<input type="checkbox"/> その他 (理由をご記載ください)						
<hr/>						
<input type="checkbox"/> 申請する治療を行った日に山形県内に住所を有していることが確認できる書類 (住民票抄本または謄本。ただし、治療日以降に県外へ住民票の異動があった場合は戸籍の附票。)						
<input type="checkbox"/> 通帳のコピー (見開き1ページ目。口座名義はカタカナ表記になっていること。通帳がないインターネット銀行等の場合は、口座情報 (金融機関名・支店名 (支店番号)・口座番号・口座名義) が記載された画面等を印刷してください。)						

※ 決定通知書等の送付先は、原則申請者の住所です。送付先を変更する必要がある場合のみ、記入してください。

保健所  
受付印