第1-2号様式(第6条関係)

大分県特定不妊治療費助成事業(独自助成分・先進医療分)給付申請書

下記のとおり、大分県特定不妊治療費等助成金の給付を受けたいので、大分県特定不妊治療費等助成金給付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

太枠内をご記入ください。

夫	ふりがな		生 年 月 日	個人番号※3
	氏 名		年 月 日(　歳) ※年齢は今回治療開始時の年齢を記入	
妻	ふりがな		生 年 月 日	個人番号※3
	氏 名		年 月 日(　歳) ※年齢は今回治療開始時の年齢を記入	
住 所(※1)	〒(　　－　　) 電話　　(　　)			
住 所(※2)	〒(　　－　　) 電話　　(　　)			
保険適用による治療回数	回目(※第　子にかかる回数)	初回助成時の妻の治療開始年齢 ※今回の治療の対象となる子に係る初回助成時の妻の治療開始時の年齢を記入		歳
助成状況	過去に大分県または大分市、他の都道府県、指定都市、中核市から「生殖補助医療における先進医療」および「特定不妊治療」にかかる助成金を受けたことがありますか。 (特定不妊治療) ない ・ ある　→ 過去 (　　)回受けた 助成を受けた自治体は(当県 ・ 大分市 ・　　都道府県 市) (男性不妊治療) ない ・ ある　→ 過去 (　　)回受けた 助成を受けた自治体は(当県 ・ 大分市 ・　　都道府県 市) (先進医療) ない ・ ある　→ 過去 (　　)回受けた 助成を受けた自治体は(当県 ・ 大分市 ・　　都道府県 市) ◆以前に特定不妊治療を受けて出産された方のみご記入願います。 直近に出生した子の出生日 (　　年　　月　　日)			

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　配偶者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申 請 額(男性不妊治療分除く)	金	円
申 請 額(男性不妊治療分)	金	円
申 請 額 合 計	金	円

年　　月　　日

大分県知事　　殿

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合)に記入してください。

※3 個人番号の記入がない場合は、夫及び妻の住所が確認できる書類(住民票の写しなど)の提出が必要です。

【添付書類】

1 大分県特定不妊治療費等助成事業受診等証明書(第２－４号様式)
2 大分県特定不妊治療費等助成事業受診等証明書(男性不妊治療用)(第2－2号様式)※男性不妊治療を実施した場合
3 精巣内精子回収術実施証明書(第２－３号様式) ※指定医療機関以外で男性不妊治療を実施した場合
4 薬剤内訳証明書(第３号様式) ※院外処方による投薬がある場合で領収書等に薬剤内訳がない場合
5 夫婦の戸籍謄本
6 大分県特定不妊治療費等助成金給付申請に係る同意書(第４号様式)
7 県外居住についての申立書(第５－１号様式) ※夫婦のいずれか一方が県外に居住している場合
8 大分市居住についての申立書(第５－２号様式) ※夫婦のいずれか一方が大分市に居住している場合
9 事実婚関係に関する申立書(第６号様式) ※事実婚関係にある夫婦である場合

※必要に応じて、その他の書類を求めることがあります。

《裏》

【助成額一覧】

治 療 内 容	治療1回当たりの助成上限額
新鮮胚移植（ステージA）	300,000円
採卵を伴う凍結胚移植（ステージB）	300,000円
凍結胚移植（ステージC）	100,000円
採卵後移植（受精）できず（ステージD，E）	300,000円
採卵したが卵が得られない（ステージF）	100,000円
男性不妊治療	300,000円
先進医療	100,000円

【保健所記入欄】

申請受理年月日	年　　月　　日	（給付・不給付）決定年月日	年　　月　　日
受給者番号		給付決定額	

＜番号確認＞ □　個人番号通知カード □　通知カード □　個人番号が記載された住民票等 □　住民基本台帳 □　その他（　　）	＜申請者身元確認＞ □　個人番号カード □　運転免許証・旅券・在留カード等 □　写真貼付の官公庁発行書類等 □　その他（　　）