

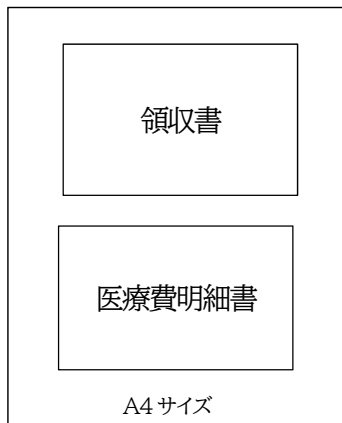
令和6年度山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請のためのチェックシート

こちらのチェックシートをご利用いただき提出書類のご確認をお願いいたします。
電子申請の場合は、(☆) がついている書類をスマートフォン等で撮影してください。

項目	チェック
1 令和6年度山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請書【様式第1号】	
申請書の記載は自署ですか。	
申請日(右上「令和 年 月 日」欄)に提出または発送する日の日付を記入していますか。	
振込先の金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号に誤りはありませんか。 ※申請者と同一でないと、振り込むことができません。	
過去の助成状況欄に令和4年4月1日以降に助成を受けた治療について記入していますか。	
添付書類の欄に該当する項目にチェックを記入していますか。	
申請期限を過ぎていませんか。 【注意】申請しようとする治療を行った日の翌々月末日以内に申請する必要があります。	
2 医療機関発行の領収書及び医療費明細書【写し】(☆) ※原本を提出された場合は、申請先の保健所から直接または郵送でお返しいたします。	
申請書(表面)に記載した治療日分の領収書と医療費明細書ですか。	
領収書と医療費明細書をA4サイズの用紙1枚に印刷されていますか。	
氏名、領収日、領収金額、領収印等、申請を行う治療の内容がわかるように鮮明に印刷されましたか。	
3 医療機関記載の治療証明書【別紙様式】 ※領収書(写し)を提出できない場合のみ提出(☆)	
医療機関で記載された証明書ですか。	
医療機関名、所在地、主治医の氏名、電話番号がありますか。	
受診者氏名、治療内容、金額領収の有無は確認しましたか。	
4 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(☆) 【住民票抄本等の原本】	
申請する治療の治療日以降で3か月以内に発行されたものですか。	
マイナンバーは省略されていますか。 ※マイナンバーの記載がある場合は、マイナンバー部分を黒塗りにしてから申請先に送付していただければ問題ありません。	
5 振込口座の通帳の写し【見開き1ページ目】(☆)	
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ていますか。 【注意】通帳がないインターネット銀行等の場合は、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。 【注意】口座名義人の氏名が旧姓の場合は不可	

チェックシートをご利用いただきありがとうございます。チェックシートを提出する必要はありません。

領収書と医療費明細書の印刷・撮影方法



- ・領収書と明細書がそれぞれ発行されている場合は、**A4サイズ**の用紙1枚に収まるようにコピーまたは撮影をお願いします。
- ・氏名、領収日、領収金額、領収印等、内容がわかるように鮮明にコピーまたは撮影をお願いします。内容が確認できない場合は、申請を受理することができません。