

山形県不妊検査費助成事業申請書

山形県知事

様

令和 年 月 日

【来所で申請する場合】来所日を記入
【郵送で申請する場合】発送日を記入

山形県不妊検査費助成事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、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、本申請に係る検査は、他都道府県（政令都市及び中核市を含む）及び市町村が実施する不妊検査費助成事業による助成を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。

申請者	ふりがな		昭和・平成 年 月 日生
	氏名		治療開始時の年齢 (歳)
	現住所	〒	()
配偶者	ふりがな		昭和・平成 年 月 日生
	氏名		治療開始時の年齢 (歳)
			電話 ()
書類送付先※	〒		受診等証明書 (様式第 2 号) の検査開始日時点での年齢を記入してください。 妻の年齢が 43 歳以上の場合は対象外です。
助成申請額	金		円 (助成上限額 : 30,000 円)
振込先	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)
		銀行・金庫・組合・農協	口座番号 (左詰記入)
		本店・支店・出張所	
確認項目	該当する内容にチェックをつけてください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 2 確認項目 (該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 申請日において法律上の婚姻をしている夫婦または事実婚関係にあること。 <input type="checkbox"/> 検査開始日から申請日まで夫婦いずれかが継続して山形県内に住民登録をしていること。 <input type="checkbox"/> 夫婦ともに検査を受けていること。 <input type="checkbox"/> 検査開始日における妻の年齢が 43 歳未満であること。 <input type="checkbox"/> これまでに不妊治療 (人工授精、体外受精、顕微授精をいう。) を受けたことがないこと。		
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"/> 山形県不妊検査費助成事業に係る受診等証明書 (様式第 2 号) <input type="checkbox"/> 夫婦の住民票の原本 <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 (法律婚の場合) 戸籍謄本 (全部事項証明書) の原本 (事実婚の場合) 二人の戸籍謄本 (全部事項証明書) の原本と事実婚関係に関する申立書 (様式第 3 号) <input type="checkbox"/> 通帳のコピー (見開き 1 ページ目。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。)			

※助成金給付決定 (不給付決定) 通知の送付先は、申請者の住所地に郵送します。送付先を変更する場合のみ、※を記入してください。

保健所
受付印