様式第２号（第７関係）

青森県不妊治療費助成事業助成金交付申請書（不　妊　治　療　用）

青 森 県 知 事　殿

青森県不妊治療費助成事業実施要綱第７の規定により、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、他都道府県及び市町村が実施する不妊治療費助成事業による助成を受けたものではありません。

			申請日	年　月　日
申請者	（ふりがな） 氏　名	（　　）	生年月日	年　月　日生 （　歳）
	住　所	〒 電話　（　）		
配偶者	（ふりがな） 氏　名	（　　）	生年月日	年　月　日生 （　歳）
	住　所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒 電話　（　）		
今回の治療期間		年　月　日　～　年　月　日		
生殖補助医療・ 一般不妊治療の別		※該当する方を〇で囲む　生殖補助医療　・　一般不妊治療		

本申請における不妊治療のために、 病院･診療所(ｸﾘﾆｯｸ)に支払った金額（保険適用分）	①	円
本申請における不妊治療のために、 病院･診療所(ｸﾘﾆｯｸ)に支払った受診等証明書作成料	②	円
※該当する場合 本申請における不妊治療のために 院外の調剤薬局に支払った金額（保険適用分）	③	※該当しない場合は0を記入 円
※該当する場合 高額療養費・付加給付金等　の金額	④	※該当しない場合は0を記入 円
申請額　（①＋②＋③－④）	⑤	円

振込先 ※申請者名義の振込先口座を記入	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座種別	普通 当座	（　フ　リ　ガ　ナ　） 口座名義人	（　　）
	口座番号			（左詰記入）

［添付書類］
（１）医療機関等の発行した生殖補助医療又は一般不妊治療に係る領収書の写し
（２）医療機関が作成した「青森県不妊治療費助成事業受診等証明書（不妊治療用）」
（３）夫及び妻それぞれの住所を確認できる書類（住民票謄本。ただし、運転免許証、マイナンバーカード等公的機関が発行する証明書により住所を確認できるときは、当該書類の写しをもって代えることができる）
（４）振込先金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義（カナ）が分かる預金通帳等の写し
（５）医療保険各法に基づき給付される高額療養費や付加給付等がある場合は、その額が分かる書類の写し

※（３）の書類については、同一年度内において２回目以降の助成を受けようとする場合であって、かつ、前回申請時から内容に変更がない場合は添付を省略できます。