別記
第１号様式（第６条関係）

記入例

高知県特定不妊治療支援事業申請書

年　　月　　日

高 知 県 知 事　様

〒（７８３－００００）

（申請者）住所　南国市○○○○○○

氏名　高知　太郎

高知県特定不妊治療支援事業実施要綱第６条第１号の規定により関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成金を申請します。
また、この申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

(注)太線の中をご記入ください。

（令和○○）年度（○）回目

夫	(フリガナ) 氏　名	コウチ　タロウ 高知　太郎	生年 月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）
	住　所	〒（　-　） 南国市○○○○○○	電話番号	（　）
妻	(フリガナ) 氏　名	コウチ　ハナコ 高知　花子	生年 月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）
	住　所	〒（　-　） 同上	電話番号	（　）

夫と住所が異なる場合は住所を記入して下さい。

申請金額	合計額　金　○○○,○○○　円 (注)申請金額は次の金額をご記入ください 治療開始日 43歳未満：◇治療方法C又はFの治療費の保険適用後の自己負担額と３万円のいずれか少ない方 43歳以上：◇治療方法がA、B、D又はEの場合は治療費（男性不妊治療費除く）と30万円のいずれか少ない方 ◇治療方法がC又はFの場合は治療費と15万円のいずれか少ない方

治療方法については「受診等証明書」の「今回の治療方法」の項目で確認してください。

口座番号は７桁でご記入ください。

振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協								本店・支店・支所・出張所
	預金種別	普通	口座番号 （７桁 右詰め）	0	0	3	4	5	6	7	口座名義人 (※カナ書き)	コウチ　タロウ

申請者の方の口座をご記入ください。

助成状況	過去に高知県特定不妊治療の助成金を受けたことがありますか　※令和４年４月1日以降 ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた 出産等による助成回数のリセットを希望されますか はい　・　いいえ

申請受理年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日　承認・不承認
受給者番号		回数	第（　）子・（　）回目

福祉保健所受付印

【添付書類】
①高知県特定不妊治療支援事業医療機関受診等証明書(別記第２号様式)
②実施医療機関が発行した特定不妊治療費の領収書及び明細書
③法律上の婚姻関係を証明することができる書類(戸籍謄本)
※転入や住民票で夫婦であることを確認することができない場合及び給付回数を更新する場合に必要。
④世帯全員の住所及び続柄、住民となった日を確認することができる書類(住民票)
※事実婚の場合は、上記①～③に加え、別記第５号様式の提出が必要。