

夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から6か月以内に検査が終了(医師の結果説明を含む)した場合、助成の対象です。

夫婦の検査が終了した日の翌日から起算して **90日以内** に申請をしてください。

【例】夫が5月15日、妻が7月3日に検査を開始し、10月15日に双方の検査終了。10月31日に結果説明を受けた場合
検査期間:5月15日～10月31日まで 申請期限:翌年の1月29日まで

長野県妊活検診（不妊検査）費用助成事業交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり妊活検診（不妊検査）費用の助成を申請します。

申請者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)		電 話
	現住所	〒 _____		受診等証明書(医療機関作成)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40歳以上の場合は対象外です。
	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)		電 話
現住所	〒 _____		单身赴任等、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。	
※別居の場合に記入				
該当する内容の□にレ点を記入してください。				
1 婚姻関係 ☐ 法律婚 ☐ 事実婚 (事実婚申立書が必要です。)				
2 確認項目 (すべてに該当しない場合は助成の対象と見做す) ☐ 過去にこの助成を受けたことがない ☐ 夫と妻の双方が検査を受けた ☐ 過去に不妊治療(人工授精、体外受精等)を受けた 夫婦の検査の合計額を記入してください。 受診等証明書の患者負担額が上限額に満たない場合は、 受診等証明書の患者負担額に記載された額を記入してください。 金額を間違えた場合は、申請書の書き直しが必要になりますので、 不安な場合は、未記入のまま保健福祉事務所にお持ちください。				
申請内容		申請額 金 円 (助成上限額: 25,000円) 申請書を記載した日を記入します。 令和 年 月 日 長野県知事 様		
振込先	貯金種別	普通 当座	フリカナ 口座名義人	振込先は、夫または妻のいずれか一方の 口座名義を記入してください。
	金融機関名	銀行・金庫・農協		口座番号(左記記入)
	店 名	どちらかに○をしてください。 本店・支店・出張所		

(注) 1 太枠の中を記入してください(別添記載例参照)。申請は、検査が終了した日(様式第2号「受診等証明書」の「検査期間」の終了日)の翌日から起算して90日以内の開庁日のうちに行ってください。

申請期限の考え方: 3月16日に検査が終了した場合、6月14日までに申請

2 以下の書類を添付してください。

①長野県妊活検診(不妊検査)費用助成事業受診等証明書(様式第2号)

*本人控えとして、コピーをお取りください。

②夫婦双方の不妊検査に係る領収書の原本

③夫及び妻の住民票の写し(コピー不可、発行後3か月以内のもの)

④婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等(コピー不可)、発行後3か月以内のもの)

⑤事実婚の場合は、事実婚申立書

3 次の費用は助成の対象となりません。

①食事代、文書料(本事業証明書を除く)

②性感染症検査(クラミジア、梅毒、HIV)に係る費用

③他の地方公共団体で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用

④当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用

4 保健所に来所する際は、記載内容を修正する場合に必要となりますので印鑑をお持ちください。

夫と妻が別々の医療機関で検査した場合は、それぞれの医療機関のものが必要となります。

当事業を申請する前に、市町村等から助成を受けた場合、当事業の助成を受けることができません。