

佐賀県不妊治療費助成申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

関係書類を添えて、次のとおり佐賀県不妊治療費助成事業に係る助成を申請します。

- ・ 本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・ 助成の適正を判断するため、佐賀県が医療機関に治療内容等の照会をすることについて同意します。

※太枠内をすべて記入してください

	氏名	生年月日	
申請者	フリガナ	年 月 日 (歳)	
配偶者	フリガナ	年 月 日 (歳)	
申請者住所	〒	電話番号 ()	
配偶者住所 ※申請者と住所が異なる場合に記入	〒	電話番号 ()	
助成申請額	①	円	
	②	円	
	③	円	
助成申請総額		円	
佐賀県から受けた人工授精の助成実績	無・有(回目)	治療の結果	妊娠成立・妊娠不成立・不明

※申請期限は、一回の不妊治療ごとに、治療が終了した日から3か月後の日(閉経日の場合は翌開経日)までです。

(例 令和6年4月10日に治療が終了した場合、申請期限は同年7月10日まで)

※ただし、治療が1月から3月までに終了した場合の申請期限は同年3月末日までです。

※本助成制度は、令和7年3月までに終了した治療が対象です。

※①の治療が終了した日から3か月以内であれば、複数回を合わせて申請することができます。

※お預かりした個人情報厳重に管理し、佐賀県不妊治療費助成事業申請のために使用します。ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

【必要書類】

- 医療機関が発行する受診等証明書(様式第2号-1)
- 居住地を確認できる書類(住民票・運転免許証の写し等)

令和6年4月1日改訂

保健福祉事務所印