

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(先進医療)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

Application form table with sections: 氏名 (Applicant/Spouse), 申請者住所 (Applicant/Spouse), 申請状況 (Application Status), 治療期間 (Treatment Period), 治療内容 (Treatment Content), 助成対象の治療金額 (Eligible Treatment Amount), 助成申請金額 (Application Amount), 治療の結果 (Treatment Result).

※治療期間には、先進医療を行った治療期間のみではなく、一回の不妊治療を行った期間を記入してください。
※一回の治療終了後3か月以内に申請してください。
(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月に終了した場合は、同年3月末日まで、治療が2月から3月までに終了した場合は、同年5月末日までです。年度内に終了した治療が申請の対象となります。
※お預かりした個人情報は厳重に管理し、佐賀県不妊治療費助成事業申請のために使用します。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2号)
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

