

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。

- ・ 今回申請する治療費用について、他の自治体での助成の申請は行っていません。
- ・ 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、佐賀県が他の自治体に本申請(助成)に係る情報の照会、提供及び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 ( )
申請状況 (※令和6年4月1日以降)	佐賀県で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 過去に受けたことがある (今回の申請は通算 回目)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※「受診等証明書」に記載された期間を記入	
治療内容	今回実施した治療に○を付けてください。 ※新しく告示された治療を実施した場合は ( ) 欄へ記載してください 1. PCSI 2. タイムラプス 3. 子宮内細菌叢検査 (EMMA / ALICE) 4. SEET法 5. 子宮内膜受容能検査 (ERA) 6. 子宮内膜スクラッチ 7. IMSI 8. 子宮内フローラ検査 9. 子宮内膜受容期検査 (ERPeak) 10. 二段階胚移植法 11. マイクロ流体技術を用いた精子選別 12. 反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス) 13. 着床前胚異数性検査 (PGT-A) 14. ( )	
助成対象の治療金額 (※今回の治療につき先進医療として告示された治療にかかった費用)	① 合計	円 ※「受診等証明書」に記載された①の金額を記入
助成申請金額 (①×0.7=②(千円未満切り捨て) ② または 50,000円 のいずれか少ない金額)	金	円
	治療の結果	妊娠成立 ・ 妊娠不成立 ・ 不明

※治療期間には、先進医療を行った治療期間のみではなく当該治療に係る治療計画の作成日から治療終了日までを記載してください。

※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7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7年4月1日改訂

保健福祉事務所印