

第1号様式（第5条関係）

大分県不妊治療費（先進医療）助成事業給付申請書

下記のとおり、大分県不妊治療費（先進医療）助成金の給付を受けたいので、大分県不妊治療費（先進医療）助成金給付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

太枠内をご記入ください。

助成対象者		夫	妻
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 及び年齢	年 月 日 ( 歳) ※申請日時点	年 月 日 ( 歳) ※申請日時点
	住所	〒	〒  ※夫婦の住所が異なる場合にのみ記入
電話番号	( )	( )	
助成状況	今回申請する治療費用について、他の自治体から助成を受けている <input type="checkbox"/> 助成を受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けている（自治体名： ）		
申請者氏名 _____			
申請額 金 _____ 円			
申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
大分県知事 _____ 殿			

【添付書類】

1. 大分県不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（第2号様式）
2. 住民票の写し
3. 夫婦の戸籍謄本の写し（法律上の夫婦は住民票で夫婦関係が確認できない者のみ提出）
4. 大分県不妊治療費（先進医療）助成金給付申請に係る同意書（第3号様式）
5. 県外居住についての申立書（第4-1号様式）※夫婦のいずれか一方が県外に居住している場合
6. 大分市居住についての申立書（第4-2号様式）※夫婦のいずれか一方が大分市に居住している場合
7. 事実婚関係に関する申立書（第5号様式）※事実婚関係にある夫婦の場合

※必要に応じて、その他の書類を求めることがあります。

<保健所記入欄>

保健所名		受理年月日	年 月 日
給付決定額	円	(給付・不給付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		支払日	年 月 日
身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真貼付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		