別記
第１号様式（第６条関係）

高知県不妊治療費支援事業申請書

高 知 県 知 事　様　　年　　月　　日

〒（　　－　　）

（申請者）住所

氏名

高知県不妊治療費支援事業実施要綱第６条第１号の規定により関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（生殖補助医療）費の助成金を申請します。
また、この申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

(注)太線の中をご記入ください。　（　　）年度（　　）回目

夫	(フリガナ) 氏　名		生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	〒（　　-　　）　電話番号　（　　）		
妻	(フリガナ) 氏　名		生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	〒（　　-　　）　電話番号　（　　）		
申請金額		合計額　金　　円 (注)申請金額は次の金額をご記入ください 治療開始日 43歳未満：◇治療方法A､B､D又はEの場合は治療費(男性不妊治療費除く)の保険適用後の自己負担額と６万円のいずれか少ない方 ◇治療方法C又はFの場合は治療費の保険適用後の自己負担額と３万円のいずれか少ない方 43歳以上：◇治療方法がA､B､D又はEの場合は治療費(男性不妊治療費除く)と30万円のいずれか少ない方 ◇治療方法がC又はFの場合は治療費と15万円のいずれか少ない方		
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協　　本店・支店・支所・出張所		
	預金種別	普通	口座番号（７桁 右詰め）	口座名義人（※カナ書き）

助成状況	４３歳未満	令和７年４月1日以降に、高知県及び高知市で不妊治療費の助成を受けたことがありますか ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた　【内訳】高知県（　　）回　高知市（　　）回
	４３歳以上	令和４年４月1日以降に、43歳以上で開始した保険適用外の治療について、 高知県不妊治療費の助成を受けたことがありますか　(43歳未満で助成を受けられた方は対象外) ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた

申請受理年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日　承認・不承認
受給者番号		回数	第（　　）子・（　　）回目

福祉保健所受付印

【添付書類】
①高知県不妊治療費支援事業医療機関受診等証明書(別記第２号様式)
②実施医療機関が発行した不妊治療（生殖補助医療）費の領収書及び明細書
③法律上の婚姻関係を証明することができる書類(戸籍謄本)
※初回の申請時、転入後の申請時、助成回数リセット後の申請時に必要。
※事実婚関係の方は申請の度に必要。（省略不可）
④世帯全員の住所及び続柄、住民となった日を確認することができる書類(住民票)
※年度内２回目の申請からは省略可。（ただし、前回申請時から内容に変更がない場合に限る。）
※助成を受けた後の出産等により助成回数をリセットされる場合に、世帯全員を確認できるものが必要。
※事実婚関係の方は申請の度に必要。（省略不可）
⑤事実婚の場合は、別記第５号様式