

様

高知県知事

高知県不妊治療費支援事業承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請がありました不妊治療（生殖補助医療）費の助成については、承認することとし、下記の金額を助成することを決定しましたので、高知県不妊治療費支援事業実施要綱第6条第3号の規定により通知します。

記

承認決定日	年 月 日
助成決定額	金 円
助成回数	回目 / 回分

第4号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

高知県知事

高知県不妊治療費支援事業不承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請がありました不妊治療（生殖補助医療）費の助成については、下記の理由により不承認としましたので、高知県不妊治療費支援事業実施要綱第6条第3号の規定により通知します。

記

不承認とした理由

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

高知県知事 様

下記2名については、治療開始前から継続して事実婚関係にあります。  
なお、不妊治療費支援事業による治療にて出生した子については、認知を行う意向があります。

1. 高知県不妊治療費支援事業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

2. 高知県不妊治療費支援事業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

※別世帯になっている理由

(1と2が別世帯となっている場合には記入)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_