

(様式第1号)

山梨県不育症検査費（先進医療）助成申請書

令和 年 月 日

山 梨 県 知 事 殿

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

また、山梨県が、本申請に関して必要時に関係機関に情報の照会・提供を行うほか、「不育症検査費用助成検査受検証明書」（様式第2号）に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意します。

記 注）太枠内をご記入ください。

申請者	フリガナ氏名						
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）					
	住所	〒 電話 — —					
申請金額 ※1		金 円					
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・出張所					
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号（※7桁）			
	口座名義人	※カナ書き					
助成状況	本申請の不育症検査費用について、過去に山梨県又は他の自治体（都道府県、市町村）で助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 助成を受けていない。（山梨県不妊検査費・不育症検査費助成事業を含む） <input type="checkbox"/> 助成を受けている。 （自治体名） _____ （助成を受けた額） _____ 円						
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	

【注意事項】
※1：裏面の申請金額算定方法を参照の上、記入してください。また、申請金額に個室使用料、文書料等直接検査に関係のない費用が含まれていないことを確認してください。

必ず裏面もご確認ください。

(裏)

【申請金額算定方法】

検査内容	申請金額算定方法
流死産検体を用いた遺伝子検査 (次世代シーケンサーを用いた 流死産絨毛・胎児組織染色体検査)	受検証明書(様式第2号)の領収金額の7割に相当する 額(千円未満の端数切り捨て)と 上限額60,000円いずれか低い金額を 申請金額とする。
抗ネオセルフ β_2 グリコプロテインI 複合体抗体検査	

【添付書類】

- (1) 山梨県不育症検査費(先進医療)助成事業受検証明書(様式第2号)
- (2) 住民票等住所を確認できる書類
- (3) 医療機関発行の領収書

(領収書から検査内容が確認できない場合は、明細書もご提出ください。)

※上記(1)は医療機関に作成を依頼してください。

※審査の過程で上記以外に必要書類の提出を求める場合があります。

【他の自治体・受検医療機関に確認を行うことに関する説明】

助成の適正を判断するため、必要に応じ、次の点について照会することがありますので御了承ください。なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

- 受検証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 過去の助成状況等について、他の自治体に照会・提供することがあります。