

しあわせ運ぶ妊活応援事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請します。
 また、山口県が本申請の審査に必要な範囲で、関係機関への情報の照会、提供及び治療内容等の照会をすることについて同意します。
 なお、今回の申請に係る治療は、他の助成を受けたものではありません。

	フリガナ 氏 名	生 年 月 日			
申請者 (受診者)		西暦	年	月	日 (歳)
住所 ※1	〒	-	電話		
	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町				
治療方法 ※2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (該当するものに☑を付けてください)		AまたはBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授 <input type="checkbox"/> split法 (該当するものに☑を付けてください)		
	男性不妊治療(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術)をおこなった場合 手術療法:				精子回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療期間 ※3	西暦	年	月	日	西暦 年 月 日
申請額 ※4	医療名	受療日	支払額 (A)	助成上限額 (B)	申請額 (AとBの低い額)
	生殖補助医療	/	円	60,000 円	円
	先進医療		円	200,000 円	円
	子宮内膜刺激術 (SEET法)		円		
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		円		
	子宮内膜受容能検査 (EAR)		円		
	子宮細菌叢検査 (EMMA/ALICE)		円		
内膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		円			
			円		
			円		
			円		
西暦				計	円
			山 口 県 知 事 様		
振込先 ※5	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ	座番号 (右詰記入)			
	座名義人				
住民票の省略	<input type="checkbox"/> 私(申請者)の住所等を住民基本台帳ネットワークシステムで確認することに同意しますので、住民票の添付を省略します。				
申請受理年月日	年	月	日	承認・不承認 決定年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
受給者番号					

- ※1 申請者の住所を記入してください。電話番号は、日中連絡が取れる番号を記載してください。
- ※2 治療方法は裏面を確認し、記載してください。
- ※3 治療開始日から治療周期の最終受診日までを記載してください。
- ※4 先進医療の受療日は、今回申請する先進医療分を記載してください。
- ※5 振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

添付書類

- 医療機関発行の領収書及び医療費明細書
- (領収書を提出できない場合) 医療機関記載の受診等証明書及び医療費明細書
 <領収書を提出できない理由>
 - 高額療養費限度額認定証の上限額に達したことにより、窓口での支払いがなかったため。
 - その他 (_____)
- 申請日に山口県内に住所を有していることが確認できる書類、又は「住民票の省略」に☑。
- 通帳の写し(金融機関名・支店名(支店番号)・口座番号・口座名義が記載されたページ。通帳がないインターネット銀行等の場合は、口座情報が記載された画面等を印刷してください。)

※2 治療は次のいずれかに相当するものです。

治療の内容	採卵まで					胚移植					
	(自然周期で 薬品投与(点鼻薬) を行う場合もあり)	(自然周期で 薬品投与(注射) を行う場合もあり)	採卵	採精(夫)	(前培養・媒精 受精(顕微授精)・培養)	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植		
						胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で 薬品投与 を行う場合もあり)	胚移植	黄体期補充療法
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日
A 新鮮胚移植を実施											
B 胚凍結まで実施											
C 以前に凍結して胚移植を実施											
D その他 (授精できない、採卵したが卵が得られない、体調不良等により治療中止等)											