様式第１－１号

倉敷市特定不妊治療助成金給付事業申請書（令和２年１２月３１日以前治療終了分）

倉敷市長　あて

令和　２　年　３　月　１　日

提出する日を書いてください

下記のとおり，特定不妊治療費の助成を受けたいので，関係書類を添えて申請します。
なお，必要な場合は過去の住所地及び夫婦のうち一方が市外住民場合その者の住所地の本事業[illegible]他自治体に，本事業による**助成金受給の有無について倉敷市が照会することに同意します。**

【記入方法】　・太枠の中を記入してください。
※申請者（振込口座名義人），債権者登録申出書の氏名，請求書の氏名は，必ず[illegible]い。

今回申請する治療について　治療初日の妻の年齢　３８　歳

申請者（振込口座名義人）		申請者の配偶者	
フリガナ	クラシキ　タロウ	フリガナ	クラシキ　ハナコ
氏名	倉敷　太郎	氏名	倉敷　花子
	生年月日（ 昭 ・ 平 60 年 11 月 22 日）		生年月日（ 昭 ・ 平 60 年 3 月 3 日）
	電話番号（ 090 ） 1234 － 5678		電話番号（ 086 ） 434 － 9820
	710-0834 倉敷市笹沖１７０番地 健康づくり棟１０１号室		と同一の場合は記入不要

該当する治療区分に〇をつけてください。

住民票の住所標記と一致させてください。

治療区分※1	支払金額	助成上限額	申請金額※２	倉敷市決定額
A，B，D，E	456,789 円	☐ 初回のみ 300,000円 ☑ ２回目以降 150,000円	150,000 円	
C，F	円	75,000円	円	
男性不妊治療※２	円	☐ 初回のみ 300,000円 ☐ ２回目以降 150,000円	円	
			150,000 円	

治療区分A，B，D，E，男性不妊治療を申請する場合は，該当する区分にチェックを入れてください。

※１　該当す[illegible]のいずれか一つに〇をつけてください。
※２　申請金額[illegible]少ない方の額を記入してください。

〇　過去に[illegible]ますか。
※　**倉敷市へ初めて**助成金の申請をするときは戸籍謄本（戸籍全部事項証明）が必要です。

（１）特定不妊治療分（男性不妊治療分除く）
ない　・　ある（　３　回受けた）

（２）男性不妊治療分
ない　・　ある（　１　回受けた）

「ある」と回答した方は，次の内訳を記入してください。

（内訳）

助成年度		H２９　年度	H３０　年度	年度	年度	年度
助成回数	（１）特定不妊治療分	１　回	２　回	回	回	回
	（２）男性不妊治療分	１　回	回	回	回	回
助成を受けた自治体名		広島市	倉敷市			

〇　別紙「倉敷市特定不妊治療助成金給付事業の御案内」のフローチャートにより，あなたが助成を受けられる回数について
確認した　・　確認していない

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－倉敷市処理欄－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

決定年月日	令和　年　月　日 承認　・　不承認							受付印
各保健推進室記入欄	室	助成年度	年度	年度	年度	年度	年度	計
		助成回数	回	回	回	回	回	回
健康づくり課記入欄	健	助成年度	年度	年度	年度	年度	年度	計
		助成回数	回	回	回	回	回	回
								受付職員名：

適用区分等	初回の妻年齢 （　　）歳	☐40歳未満６回 ☐40歳以上３回	終了通知 ☐該当	☐特定不妊初回30万該当 ☐男性不妊初回30万該当	前住所地等照会： ☐夫婦（　　）へ照会 ☐夫（　　）へ照会 ☐妻（　　）へ照会	債権者登録番号 (00　　)