

倉敷市特定不妊治療助成金給付事業申請書



倉敷市長 あて

令和 元 年 9 月 1 日

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管轄自治体に、
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、必ず同一にしてください。

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	(086) 434-9820	電話番号	(086) 434-9820
住所		住所	
倉敷市笹沖170番地		倉敷市笹沖170番地	
健康づくり棟101号室		健康づくり棟101号室	

該当する治療区分に○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※3	倉敷市決定額
A, B, D, E	456,789 円	<input type="checkbox"/> 初回のみ 300,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以降 150,000円	150,000 円	
C, F		75,000円		
男性不妊治療※2		<input type="checkbox"/> 初回のみ 300,000円 <input type="checkbox"/> 2回目以降 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。			150,000 円	

※1 該当する治療区分に○をつけてください。
※2 特定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。
※3 申請金額は、申請者ごとの収入状況により異なる場合があります。少ない方の額を記入してください。

○ 過去にこの助成金を受けたことがありますか。
※ 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)

(内訳) 「ある」と回答した方は、次の内訳を記入してください。

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) 男性不妊治療分 1 回	2 回	回	回
助成を受けた自治体名	広島市	倉敷市			

○ 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

【添付書類】

- ①倉敷市特定不妊治療助成金給付事業受診証明書
- ②夫婦の住民票（続柄、本籍の記載のあるもの） ※申請日から3ヶ月以内のもの
- ③戸籍謄本（戸籍全部事項証明）等婚姻日と婚姻の事実の分かる書類 ※初めて倉敷市へ申請するとき
- ④夫及び妻の所得証明書（児童手当法施行令による控除が確認できるもの）※申請日から3ヶ月以内のもの
- ⑤債権者登録申出書（過去2年以内に登録・使用のある方は不要です。使用から2年以上経過していたり、住所、口座情報の変更がある方は再度登録が必要です）
- ⑥請求書

倉敷市処理欄

決定年月日	令和 年 月 日	受付印
各保健推進室記入欄	承認 ・ 不承認	受付職員名：
健康づくり課記入欄	計	
適用区分等	初回の妻年齢 () 歳	前住所地等照会：
	<input type="checkbox"/> 40歳未満6回 <input type="checkbox"/> 40歳以上3回	<input type="checkbox"/> 夫婦 () ~照会 <input type="checkbox"/> 夫 () ~照会 <input type="checkbox"/> 妻 () ~照会
	終了通知 <input type="checkbox"/> 該当	債権者登録番号 (00)
	<input type="checkbox"/> 特定不妊初回30万該当 <input type="checkbox"/> 男性不妊初回30万該当	