

不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事様

〒（783-0000）

（申請者）住所 南国市〇〇〇〇

氏名 高知 太郎

みとめ印で可

印

高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第7条第1号の規定により関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。  
また、この申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

（注）太線の中をご記入ください。

		(元号〇〇)年度(〇)回目	
夫	(フリガナ)氏名	コウチ タロウ 高知 太郎	生年月日 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳) 平成
	住所	〒(783-0000) 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 南国市〇〇〇〇	
妻	(フリガナ)氏名	コウチ ハナコ 高知 花子	生年月日 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳) 平成
	住所	〒(783-0000) 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 同上 <b>夫と住所が異なる場合は住所を記入してください。</b>	
申請金額		①男性不妊治療分除く 金 〇〇〇, 〇〇〇 円 ②男性不妊治療分 金 △△△, △△△ 円 ③合計(①+②) 金 □□□, □□□ 円	治療方法A、B、C、D、E、Fについては、不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書の用紙：「今回の治療方法」の項目で確認
		(注)申請金額は次の金額をご記入ください ① ◇治療方法がA、B、D又はEの場合は治療費(男性不妊治療費除く)と20万円(初回申請の場合は30万円)のいずれか少ない方 ② ◇治療方法がC又はFの場合は治療費と125,000円のいずれか少ない方 ③ 該当する場合は、男性不妊治療費と15万円(初回申請の場合は30万円)のいずれか少ない方 ④ ①と②の合計金額	
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 〇〇〇 銀行・金庫・農協 〇〇〇 本店・支店 出張所	
	預金種別	普通当座	口座番号(7桁右詰め) 0 0 3 4 5 6 7 口座名義人(※カナ書き)
助成状況	過去に特定不妊治療の助成金を受けたことがありますか *都道府県、指定都市及び中核市で受けたもののみご記入ください <b>必ずご記入ください。</b> ない・ある → 過去(〇)回受けた 助成金を受けた自治体は(高知県・高知市・その他) 〇〇 都・道・府・県・ 〇〇 市)		
	過去に男性不妊治療の助成金を受けたことがありますか *都道府県、指定都市及び中核市で受けたもののみご記入ください <b>必ずご記入ください。</b> ない・ある → 過去(〇)回受けた 助成金を受けた自治体は(高知県・高知市・その他) 〇〇 都・道・府・県・ 〇〇 市)		
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	新制度・旧制度	通算年度・回数	通算( )年度目・( )回目

【添付書類】

- ①不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書(別記第2号様式)
  - ②指定医療機関が発行した特定不妊治療費の領収書及び明細書
  - ③法律上の婚姻関係を証明することができる書類(戸籍謄本)  
※住民票で夫婦であることを確認することができない場合に必要。  
ただし、平成28年4月1日以降に初めてこの助成制度を申請される方は必須。
  - ④夫及び妻の住所、住民となった日、前住所及び続柄を確認することができる書類(住民票)
  - ⑤夫及び妻の控除額が記載された所得・課税証明書等(市町村長が発行したもの)
- (注)6月から12月までの申請は前年の所得、1月から5月までの申請は前々年の所得とします。

福祉保健所受付印