様式第1号

治療

倉敷市不育症治療費用助成金給付申請書

令和　　年　　月　　日

倉敷市長　あて

・次のとおり不育症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。
・必要な場合は、過去の住所地及び夫婦の一方の住所地の自治体に本事業による助成金と類似の助成金等の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。
・医療機関に対して、治療の内容等について倉敷市が照会することに同意します。
・施策の検討に活用する等のため、治療内容等について個人が特定されない形で国等へ情報を提供することに同意します。

申請者（受診者）	（フリガナ） 氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	〒	電話番号	―　　―
申請者の配偶者	（フリガナ） 氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所 （申請者と同一の場合は記入不要）	〒	電話番号	―　　―
当該治療における出産の有無	□ 有　（ 死産・早期新生児死亡を除く。 ） □ 無　（ □ 妊娠中　□ 治療継続中　□ その他（　　））			
申請金額	円 ※ 保険適用外の治療に要した費用 ※ 入院室料（差額ベッド代）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外 ※ 上限30万円 ※ 受診等証明書の「領収金額」が30万円を超える場合は、30万円と記入			
振込先（申請者の口座）	金融機関名	□ 銀行　□ 農協 □ 労金　□ 信組 □ 信金　□ 漁業	支店名	□ 本店　□ 支所 □ 本所　□ 出張所 □ 支店
	預金種別	□ 普通 □ 当座		
	口座番号（左詰記入）		口座名義（カナ）	
過去の助成状況	・今年度、倉敷市不育症治療費用の助成をうけましたか □ いいえ　□ はい　→　今回の申請は助成対象外となります ・過去に倉敷市不育症治療費用の助成をうけたことがありますか □ いいえ　□ はい　→　令和（　　）年度 ・今回の治療に関して他市の助成をうけましたか □ いいえ　□ はい　→　今回の申請は助成対象外となります			

◎次の書類を添付してください。

□ 倉敷市不育症治療費用助成金給付事業に係る受診等証明書（様式第2号：生殖医療専門医が記載のもの）
□ 医療機関の領収書及び明細書の写し
□ 戸籍全部事項証明書 （初回申請時のみ必要。発行日から3か月以内のもの）（事実婚の場合毎回必要）
□ 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合）
□ 振込先口座の分かるもの

倉敷市処理欄

										受付印
4/1女性年齢43歳未満確認	□	かるてで住所確認	□	認定医師確認	□	母子保健係に助成回数確認	□	申請は年度で1回と伝達	□	
決定年月日	令和　　年　　月　　日 給付　・　却下			過去の助成年度						
助成決定金額	円			受給者番号						受付担当者名