

秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書記入説明

申請者	ふりがな 氏名	生年月日（申請時の年齢）	個人番号 （マイナンバー）
夫	ふりがなをしてください	年 月 日（ 歳）	
妻		年 月 日（ 歳）	
住所（1）	夫婦の住所を記入します。（単身赴任等で夫婦の住所が異なるときは、妻の住所を記入します。）		
住所（2）	単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合夫の住所を記入します。		
<p>申請金額 金 _____ 円</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><上限額について></p> <ul style="list-style-type: none"> 治療方法 ABDE は 200,000 円※、CF は 100,000 円です。 ※初回申請については、300,000 円です（CF 除く）。 男性不妊治療の助成に該当する場合は、さらに上乗せ 150,000 円です。 ※初回申請については、300,000 円です（C 除く）。 </div> <p>助成の適正を判断するために必要な場合は、秋田市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 _____</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 窓口に提出する日（郵送の場合は投函日）を記入してください。 </div>			
過去の助成状況	平成 16 年 4 月 1 日以降に助成を受けたことがある方は、「有」に○をして自治体名（〇〇市など）と助成を受けた年度および回数を記入してください。		
過去に秋田市又は他の自治体から助成を受けたことはありますか。			

※訂正時は、2重線上に本書類に使用した印鑑と同一のものを押して下さい（金額の欄は訂正不可）。

問い合わせ先 秋田市子ども健康課
給付担当（883-1172）
（秋田市保健所2階）