

## 秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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。

記

※ 太枠線内にご記入ください

申請者	氏 <small>ふ り が な</small> 名	生 年 月 日 (申請時の年齢)	個人番号 (マイナンバー)
夫	印	年 月 日 ( 歳)	
妻	印	年 月 日 ( 歳)	
住所(1)	〒 秋田市 日中連絡が取れる電話 ( ) (夫・妻)		
住所(2)	(夫または妻が単身赴任等により、夫婦の住所が異なる場合に記入) 〒 電話 ( )		
申請額 金 _____ 円			
<p>※治療方法 A B D E は上限200,000円 (初回は上限300,000円)、C F は上限100,000円。                  男性不妊治療に対しては、治療方法 C を除き上乗せ上限150,000円 (初回は上限300,000円)。</p> <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 (宛先) 秋 田 市 長</p>			
過去の助成状況	自治体名	助成を受けた年度 および 回数	
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。 [ 無 ・ 有 ] 有の場合は右欄にご記入ください。		年度 ( 回 )	
		年度 ( 回 )	
		年度 ( 回 )	
		年度 ( 回 )	
		年度 ( 回 )	

【添付書類】

- 1 秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書および医療機関発行の領収書等
- 2 法律上の婚姻関係にある夫婦：婚姻の届出をしている夫婦であることおよび婚姻の日を証明する書類  
事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦：他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類
- 3 夫および妻の所得額を証明する書類 (住民税課税証明書)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)	承認 ・ 不承認
受給者番号	—	決定年月日	年 月 日
国庫補助対応分 (国1/2・市1/2)	円	秋田市単独助成分	円