

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）
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。	
申請額（男性不妊治療分を除く）	金 _____ 円	<マイナンバー> 余白部分に、夫・妻 それぞれのマイナンバー を記載してください
申請額（男性不妊治療分）	金 _____ 円	
申請額合計	金 _____ 円	
<p><上限額について></p> <ul style="list-style-type: none"> 治療方法 ABDE は 300,000 円、CF は 100,000 円です。 男性不妊治療の助成に該当する場合は、300,000 円です（C 除く）。 		
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。		
年 月 日	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。	
過去にこの助成金を受けたことがありますか	平成 16 年 4 月 1 日以降に助成を受けたことがある方は、「ある」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。	
ない ・ ある （ある場合は右欄に記入してください）		
備考（※）		

※過去に助成を受けたことがあり、出産経験がある方は、「備考」にお子様の氏名・生年月日を記入してください。（死産歴のある方はお問合せください）

問合せ先 秋田市子ども健康課
 給付担当（883-1172）
 （秋田市保健所2階）