【 記入例 】

＜ 福山市特定不妊治療費助成申請書 ＞

特定

福 山 市 特 定 不 妊 治 療 費 助 成 申 請 書

① 2020 年 4 月 1 日

福 山 市 長 様

（振込口座名義人）
申 請 者 名 前 福山 二郎 （福山）
② 配 偶 者 名 前 福山 花子 （福山）

福山市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき，次のとおり特定不妊治療費の助成を関係書類を添えて申請します。
なお，住所に係る調査並びに必要に応じた所得，戸籍事項の調査及び以前に住所を有していた自治体での助成金の受給状況に係る調査を実施することに同意します。
助成金の受領に関することは，申請者が行います。

注）太枠の中を記入してください。

区分		（ふりがな）名前	生年月日
助成対象者	夫	（ふくやま じろう）福山 二郎	1985 年 1 月 1 日（35 歳）
	妻	（ふくやま はなこ）福山 花子	1985 年 1 月 1 日（35 歳）
	申請者住所	〒 720－8512 福山市 三吉町南2丁目11番22号 ③ 電話 084（928）3421	
	配偶者住所（申請者と異なる場合のみ記入）	〒 電話 （ ）	
④ 助成申請額		申請額（男性不妊治療分除く。） 150,000 円	
		申請額（男性不妊治療分） 円	
		申請額合計 150,000 円	
⑤ 過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成（福山市での助成を含む。）		□ 特定不妊治療費の助成を受けたことがない。（初めて申請するときは，戸籍謄本を添付してください。） ✔ 特定不妊治療費の助成を受けたことがある（受けた回数 3 回）。	

年度	2015 年度	2016 年度	年度	年度	年度
助成を受けた都道府県（市）	□福山市 ✔他県（市）（広島県）	✔福山市 □他県（市）（ ）	□福山市 □他県（市）（ ）	□福山市 □他県（市）（ ）	□福山市 □他県（市）（ ）
回数	1 回	2 回	回	回	回
初回申請に係る治療開始時の妻の年齢	30 歳	－	－	－	－

今回の申請回数	通算（ 4 ）回目				
申請受理年月日	年 月 日	（承認・不承認）決定年月日	年 月 日		
受給者番号					

①	提出年月日（郵送の場合は，ポストに投函する日）を記入してください。
②	助成金は申請者の口座に振込みます。 「申請者名前」に振込先の口座の名義人を， 「配偶者名前」に申請者の夫または妻の名前を記入してください。
	夫婦両名の同意があることを確認するため，名前はなるべく本人が署名してください。 （本人が署名する場合，印鑑は共通のもので結構です。） 代筆する場合は，印鑑は別々のもの（夫婦それぞれの印鑑）を押印してください。
	印鑑は朱肉で押印してください。（スタンプ印不可）
③	日中に連絡の取りやすい電話番号を記入してください。
④	治療１回当たりの助成上限額は，次のとおりです。 ・治療内容がA,B,D,Eの場合は150,000円まで （通算１回目の申請の場合は300,000円まで） ・C,Fの場合は75,000円まで ・男性不妊治療は150,000円まで （男性不妊治療の初回申請は300,000円まで。ただし，治療開始日が2019年4月1日以降のものが対象） ※治療に要した費用が上限額未満の場合は，要した費用をそのまま記入してください。
⑤	過去に特定不妊治療費助成を受けたことがある場合は，福山市以外の自治体から受けた助成も含めて記入してください。