

高知市特定不妊治療助成事業申請書

高知市長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療の助成を申請します。

また、本申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

申請年月日		年 月 日 (年度 回目)					
申請者 (夫又は妻)	フリ 氏	カナ 名					
	・口座名義人と同一人						
住 所		〒 (-)					
夫	フリ 氏	カナ 名	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 () 歳
	住 所		〒 (-)		電話番号 ()		
妻	フリ 氏	カナ 名	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 () 歳
	住 所		〒 (-)		電話番号 ()		
申請金額	合計額 金 _____ 円						
申請金額は次の金額をご記入ください。							
・治療方法がA、B、D又はEの場合は治療費（男性不妊治療費を除く）の保険適用後の自己負担額と7万円のいずれか少ない方							
・治療方法がC又はFの場合は治療費の保険適用後の自己負担額と4万円のいずれか少ない方							
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。					
	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所				
預金種別	普通	口座番号 (7桁 右詰)				口座名義人 ※カナ書	
助成状況	令和7年4月1日以降に、高知市及び他市町村で不妊治療費の助成の受給状況をご記入ください。						
	□特定不妊治療費の助成を受けたことがない。 □特定不妊治療費の助成を受けたことがある。⇒過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は (高知市・ _____ 県 _____ 市区町村)						
令和7年4月1日以降に、助成を受けて出産した子がある場合は、ご記入ください。							
出生した子の氏名： _____ (生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)							
※死産等の場合は、記入は不要ですので、死産届等の写しを添付してください。							
申請受理年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日 交付決定・交付却下			
初回申請の治療 開始時の妻の年齢	歳	助成歴	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
受付		確認				助成決定額	円

【添付書類】

- 高知市特定不妊治療助成事業医療機関受診等証明書（様式第2号）
- 医療機関が発行した特定不妊治療費（保険診療）に関する書類で受診日及び治療費の分かるものの原本（領収書など）
※コピー不可
- 戸籍謄本（事実婚関係の場合は、両者のもの）※法律婚関係の夫婦で、夫婦が同一世帯の場合は、初回申請時のみ。
- 夫婦のいずれか一方が高知市以外の住民である場合は、当該者の戸籍の附票又は居住先の住民票
- 事実婚関係の場合は、高知市特定不妊治療助成事業に係る事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
※③及び④については、申請日から遡って3か月以内に発行されたもの
※③及び⑤については、同一年度内に申請される場合は、再提出不要

特定不妊治療費の助成の受給状況について自治体へ照会を行うことに関する
説 明 書

この助成は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

ご夫婦のうちどちらかが高知市以外にお住まいの方は、配偶者がお住まいの自治体に、助成金の受給状況について照会をさせていただきます。また、転入された方で転入以前の治療に対する助成金を申請される方は、以前お住まい自治体に、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。