

倉敷市不妊治療費助成金給付申請書

令和 7 年 12 月 3 日

※郵送の場合は発送日を記入

倉敷市長 あて

次のとおり不妊治療費の助成を受けたいので、以下の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。
・申請にあたり、公簿等により申請者及び配偶者の住民基本台帳の記載事項について確認されること、並びに医療機関及び加入健康保険者に対して、治療の内容、高額療養費、付加給付金等について倉敷市が照会すること。
・施策の検討に活用する等のため、治療内容等について個人が特定されない形で岡山県へ情報を提供すること。

太枠内をご記入ください

申請者 (受診者)	(フリガナ) 氏 名	クラシキ ハナコ				生年月日	昭和 4 年 4 月 4 日 (33 歳) 平成				
	住 所	〒 710-8565 倉敷市西中新田640番地				電話番号	090 - 1234 - 5678				
	加入している健康保険者名 (保険証発行機関名)	全国 ☒ 健康保険協会(岡山 支部) ☐ 国民健康保険 ☐ 共済組合 ☐ 健康保険組合 ☐ 生活保護									
申請者の 配偶者	(フリガナ) 氏 名	クラシキ タロウ				生年月日	昭和 5 年 5 月 5 日 (32 歳) 平成				
	住 所 (申請者と同一の場合 は記入不要)	〒				電話番号	080 - 1234 - 5678				
	加入している健康保険者名 (保険証発行機関名)	☐ 健康保険協会(支部) ☐ 国民健康保険 ☐ 共済組合 ※治療を受けていない場合は記入不要 ☐ 健康保険組合 ☐ 生活保護									
申請区分		☒ 保険診療のみ ☐ 保険診療+先進医療 ☐ 自由診療									
高額療養費の 支給の有無		☐ あり ☒ なし				付加給付金の 支給の有無		☐ あり ☒ なし ありの場合自己負担限度額 (円)			
申請金額		チェックリストの2③又は⑤の額を記入 94,000 円 ※ 入院室料(差額ベッド代)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係の 円 ※ 上限10万円 ない費用は対象外									
振込先 の(申請者 口座)者	金融機関 コード	0	1	2	3	金融 機関名	〇〇〇 ☒ 銀行 ☐ 信金 ☐ 信組 ☐ 労金 ☐ 農協 ☐ 漁業				
	店番	1	2	3	×	支店名	△△ ☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 本所 ☐ 支所 ☐ 出張所 預金種別 ☒ 普通 ☐ 当座				
	口座番号 (左詰記入)	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カナ)	クラシキ ハナコ	

◎「倉敷市不妊治療費助成 提出書類チェックリスト」とともに必要書類を添付してください。

倉敷市処理欄

治療開始日 女性年齢 43歳未満確認	☐	自由診療時 助成回数 かてで確認	☐ 助成なし ☐ 1回目済 ☐ 2回目済	備考										
かてで 夫婦確認	☐	住民になった日	夫 昭 平 令 年 月 日 妻 昭 平 令 年 月 日	宛名 番号										
決定 年月日	令和 年 月 日			給付・却下										
不備対応	治療費				(保険診療分) + 円	受付担当者名								
					(先進医療分) + 円									
					(高額療養費) - 円									
助成決定 金額	円				(付加給付金) - 円									
					計 円									
				(自由診療分) 円										