

# 不妊治療費助成金 記入依頼書

● 申込日 令和 年 月 日  
● 提出先 市・町・村

妻	ふりがな		I D	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (才)
夫	ふりがな		I D	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (才)

● 一般不妊治療 記入を希望する治療期間に✓を記入してください

- ( ) 令和5年度 (令和5年4月1日～令和6年3月31日)  
( ) 令和6年度 (令和6年4月1日～令和7年3月31日)  
( ) 上記以外の治療期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日)

● 生殖補助医療

採卵日 ( ) 胚移植日 ( )

## 注意事項 (必ずお読みください)

- ・ 証明書代 令和5年度治療費分 1000円(1枚につき) ※令和6年度治療費分より、  
令和6年度治療費分 3000円(1枚につき) 証明書作成代が1枚3000円になります
- ・ 助成内容、対象治療期間、提出期限は自治体により様々ですので、ご自身で市町村に確認いただくようお願いいたします
- ・ 提出先の市町村の助成金上限額を超えているかの確認はご自身でお願いいたします
- ・ 申込日までの診療について記入いたします
- ・ 記入後、上限金額を超えていなくても追記はしていません
- ・ 追加の記入が必要になった場合は、お手数ですが再度依頼書をご提出ください (証明書代が再度必要です)
- ・ 書類作成には10日間ほどお時間をいただいております
- ・ 年度末は作成にお時間がかかりますので、助成される金額の上限に達した時点でお持ちいただくようご協力をお願いいたします

上記注意事項の内容に同意します

署名

- 返却について ( ) 記入後、診察日に返却を希望する  
診察日での返却にご協力お願いいたします  
( ) 記入後、電話連絡を希望する 連絡先 ( - - )

当院記入欄 1回目( ) 2回目( )

- ( ) 記入済み  
( ) スキャン済  
( ) 電話連絡済 ( / )

預り日 ( / )

担当