

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)

● 希望する項目の () に✓、【 】に必要事項を記入してください

一般不妊治療（タイミング法・人工授精等）

() 令和6年度 () 令和7年度

() 上記以外の治療期間【 年 月 日 ~ 年 月 日】

生殖補助医療（体外受精・顕微授精）※該当する治療内容A～Fに○をつけてください

1枚目 採卵日【 】 胚移植日【 】 A B C D E F
先進医療 実施日【 】 () ザイモート () 2段階胚移植術 () ERA () EMMA

2枚目 採卵日【 】 胚移植日【 】 A B C D E F
先進医療 実施日【 】 () ザイモート () 2段階胚移植術 () ERA () EMMA

● 注意事項（必ずお読みください）

・証明書代 **3000円** (1枚につき)

・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ひいたします

・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おりません

・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

● 書類の返却方法について () 記入完了後、次の診察日に返却を希望する

※書類が出来上がった旨の連絡はいたしません

できるだけ診察日での返却にご協力をお願ひいたします

() 書類記入後、当院からの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