

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

春日井市長 殿

申請者

住所

氏名

電話 ()

春日井市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

春日井市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、春日井市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成金の交付が決定した場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。

ふりがな		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
夫の氏名			
ふりがな		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
妻の氏名			
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)	〒 電話 ()		
過去に不妊治療費（先進医療）助成を受けたことがありますか。	☐ はい		春日井市での助成歴 ☐ あり 通算 () 回 ☐ いいえ
	☐ いいえ		
助成対象 金額	円	申請額（請求額） 助成対象金額の 10 分の 7（1,000 円未満切り捨て）上限 5 万円	円
助成金振込 口座 (申請者の 名義)	金融機関名	支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		
助成金交付 申請の同意・誓約	1 不妊治療費（先進医療）助成金の交付状況を、他の自治体に照会すること及び他の自治体から照会があったときに、これを回答すること並びに当該不妊治療に関して医療機関等に照会することについて同意します。 2 本助成金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び婚姻関係を確認することに同意します。 3 申請内容が事実と異なる場合は返還することに同意します。 申請者氏名（自署）		

- 【添付書類】 1 不妊治療費助成金に係る受診等証明書（第2号様式）
2 不妊治療（先進医療）を実施した医療機関発行の領収証（原本証明による写しも可）
3 戸籍謄本（全部事項証明書）※、事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書（第3号様式）
4 住民票（世帯全員）の写し（発行から3か月以内のもの）※
5 その他市町村長が必要と認める書類
※ 公簿（戸籍簿、住民基本台帳）によって確認することができるときは不要

第2号様式（第6条関係）

不妊治療費助成金に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として承認されている医療機関であり、次の受診者について、先進医療告示において規定された適応症に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施しており、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
一連の治療期間 （保険診療を含む）	年 月 日 ～ （治療計画の作成日）	年 月 日 （妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日 等）
厚生労働省が先進医療として告示している先進医療の治療・技術、実施日及び領収金額を記入してください。		
実施した治療・技術		
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
	実施日： 年 月 日	領収金額： 円
治療費 （領収金額）	先進医療に係る保険外診療費用の合計 円	

【注意事項】

- 令和8年4月1日以降に実施した先進医療について、記入してください。
- 先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
- 一連の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は申請可能です。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

- ① 不妊治療費助成金に係る申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 不妊治療費助成金に係る申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

（宛先）春日井市長

第4号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市不妊治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けの春日井市不妊治療費助成金交付申請について、次のとおり交付することに決定しましたので、通知します。

助成金交付決定額 金 円

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市不妊治療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けの春日井市不妊治療費助成金交付申請について、次の理由により却下しましたので、通知します。

不交付決定の理由