

【 福山市生殖補助医療費助成申請書 記入例 】

生殖

福 山 市 生 殖 補 助 医 療 費 助 成 申 請 書

① 2025 年 4 月 1 日

福 山 市 長 様

(振込口座名義人) ②

申請者名前 福山 花子

福山市補助金交付規則及び福山市生殖補助医療費助成事業実施要綱に定められた内容を承諾の上、同要綱の規定に基づき、次のとおり生殖補助医療費の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、住所及び婚姻関係の調査並びに医療機関に対する受診内容の照会を実施することに同意します。
助成金の受領に関することは、申請者が行います。

注)太枠の中を記入してください。

申請者		(ふりがな) 名 前	生年月日
	夫	(ふくやま たろう) 福山 太郎	1985 年 1 月 1 日 (40 歳)
	妻	(ふくやま はなこ) 福山 花子	1986 年 1 月 1 日 (39 歳)
	住所	〒 720 - 8512 福 山 市 三吉町南二丁目11番22号 すこやかハイツ 101号室 ③ 電 話 084 (123) 4567	
	住所 (夫婦の住所が異なる場合に記入)	〒 - 電 話 ()	
金額	①自己負担額	(111,111) 円 ④	※「福山市生殖補助医療費助成申請に係る証明書」 最下段の「領収金額」を転記する ※医療保険適用の有無は問わない
	②福山市以外の自治体の助成額	(22,000) 円 ⑤	※ 福山市以外の自治体の助成を受ける場合は、その助成決定後、福山市に申請すること
	③助成申請額	(44,000) 円 ⑥	(①-②)×1/2 (※千円未満切り捨て)
過去の助成状況	助成歴	☐ 福山市生殖補助医療費の助成を受けたことがない。 ☒ 福山市生殖補助医療費の助成を受けたことがある。 ⑦	
	助成回数	今回が(2)回目 ※リセットしたことがある場合、リセット以前の回数を含まない	
		☐ 出産等により助成回数のリセットを希望する。 ※戸籍(全部事項証明)の添付が必要 子の名前 () 出生日 (年 月 日)	

① 提出年月日（郵送の場合は、ポストに投函する日）を記入してください。

② 助成金はこの欄に記入された方の口座に振込みます。
振込を希望する申請者の名前を記入してください。

③ 日中に連絡の取りやすい電話番号を記入してください。
申請者（夫・妻のどちらか）であれば、振込口座名義人と違う方でもかまいません。

④ 医療機関で記入された「福山市生殖補助医療費助成申請に係る証明書」最下段の「領収金額」を転記してください。
医療保険適用の有無は問いません。

⑤ 広島県特定不妊治療支援事業の助成等、福山市以外の自治体から助成を受ける場合は、先に広島県等の福山市以外の自治体に申請し、助成決定を受けてから福山市に申請してください。
この欄には福山市以外の自治体の助成決定額を記入してください。
福山市以外の自治体の助成を受けない場合は、この欄には「(0) 円」と記入してください。

⑥ この欄に記載されている計算式を参考に計算してください。
千円未満の端数は切り捨てます。助成上限額は10万円です。

⑦ 2022年3月31日以前開始分の治療について福山市特定不妊治療費の助成（上限30万円または10万円）を受けていた場合、その助成回数は引き継ぎません。