

様式第1号（第6条関係）

高知市一般不妊治療助成事業申請書

高知市長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療の助成を申請します。

また、本申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

申請年月日		令和7年〇月〇日（7年度1回目）										
申請者 （夫又は妻）	フリ 氏	カナ 名	村ノ 知									
	・口座名義人と同一		保健 太郎									
夫	住 所	〒（780-0000） 高知市本町5丁目1番45号										
	フリ 氏	カナ 名	村ノ 知 保健 太郎		生年 月日	昭和 平成 〇年〇月〇日（〇歳）						
妻	住 所	〒（780-0000） 高知市本町5丁目1番45号 電話番号 088（855）7795										
	フリ 氏	カナ 名	村ノ ハコ 保健 花子		生年 月日	昭和 平成 〇年〇月〇日（〇歳）						
申請金額	住 所	〒（780-0000） 高知市本町5丁目1番45号 電話番号 088（855）7795										
	合 計 額	金 50,000 円 ※1年度につき5万円を限度とする。										
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 四国 銀行・金庫・農協 〇〇 本店・支店・出										
	預金種別	普通	口座番号 （7桁、右詰）	8	0	0	8	0	0	0	口座名義人 ※カナ書	村ノ 知
助成状況	令和7年4月1日以降に、高知市及び他市町村で受けた不妊治療費の助成の状況をご記入ください。 ☒ 一般不妊治療の助成を受けたことがない。 ☐ 一般不妊治療の助成を受けたことがある。⇒ 過去（ ）回受けた 助成金を受けた自治体は（高知市・ 県 市区町村）											
	令和7年4月1日以降に、助成を受けて出産した子がある場合は、ご記入ください。 出生した子の氏名： （生年月日： 年 月 日） ※死産等の場合は、記入不要ですので、死産届等の写しを添付してください。											
申請受理年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日交付決定・交付却下						
		通算（ ）年度目		当年度通算助成金額 円								

※太線の中をご記入ください。

【添付書類】

- ①高知市一般不妊治療助成事業医療機関受診等証明書（様式第2号）
- ②医療機関が発行した一般不妊治療費に関する保険診療の領収書及び明細書の原本（コピーでの申請はできません。）
- ③戸籍謄本等（事実婚関係の場合は、両者のもの）※法律婚関係の夫婦で、夫婦が同一世帯の場合は、初回申請時のみ。
- ④夫婦のいずれか一方が高知市以外の住民である場合は、当該者の戸籍の附票又は居住先の住民票
- ⑤事実婚関係の場合は、高知市特定不妊治療助成事業に係る事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
※③及び④については、申請日から遡って3か月以内に発行されたもの
※③及び⑤については、同一年度内に申請される場合は、再提出不要