

仙台市不妊治療費助成事業申請書

申請者	ふりがな		西暦	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)	(			歳)
	現住所	〒	電話	(		)
配偶者	ふりがな		西暦	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)	(			歳)
	現住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒	電話	(		)
過去の助成歴等	仙台市が実施しているこの事業の助成を受けましたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ( ) 回目 <input type="checkbox"/> ない					
申請額	金 円 (助成上限額:50,000円)					
仙台市長 様 関係書類を添えて不妊治療費(先進医療分)の助成を申請します。 仙台市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の地方公共団体における助成状況を照会すること、他の地方公共団体からの照会に回答すること、治療状況に関して実施医療機関に照会することに同意します。 仙台市市税納付状況(税目・税額・申告の有無等)をこども若者局こども家庭保健課が税務担当課に照会することに同意します。 助成金給付後に助成要件を満たしていないことが判明した場合は納期限までに返還金を納付することについて同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ (印) (口座名義人と同じ)						
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 今回の治療費用に対する助成金を、他の地方公共団体に申請・受領していない					

【添付書類・チェックリスト】

<input checked="" type="checkbox"/>	申請書類
<input type="checkbox"/>	仙台市不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)
<input type="checkbox"/>	振込先の口座情報のわかるもの 例:通帳又はキャッシュカードの写
<input type="checkbox"/>	【夫婦が別世帯の場合】戸籍全部事項証明書(原本、発行日から3か月以内のもの)
<input type="checkbox"/>	【事実婚の場合】事実婚申立書、戸籍全部事項証明書(原本、発行日から3か月以内のもの)

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

**【注意事項】**

※1 「申請額」

- ・ 受診等証明書(様式第2号)の「今回の治療に係る領収金額」と助成金上限額(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 助成金の承認決定(不承認決定)通知は、申請者の住所地に郵送します。

※3 助成金の給付後に、助成要件を満たしていないことが判明した場合は、仙台市が指定する納期限までに助成金を返還していただきます。また、納期限までに返還いただけない場合は、遅延損害金が発生します。

※4 「仙台市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること」や、「仙台市市税納付状況(税目・税額・申告の有無等)をこども若者局こども家庭保健課が税務担当課に照会すること」に同意いただけない場合は、申請書おもて面の該当部分に二重線を引いてください。その場合、別途資料の提出が必要となりますので、ご了承ください。

**【申請書の提出先・問い合わせ先】**

980-0011

仙台市青葉区上杉一丁目5番12号

仙台市 こども若者局 こども家庭保健課 母子保健係

電話:022-214-8189