

## 不妊治療費追加助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

米子市長 様

標記助成金について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

|                                    |                                                                                                  |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 申請者兼請求者                            | ふりがな                                                                                             |                   | 性 別             | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                                            |       |  |
|                                    | 氏 名                                                                                              | 印（＊１）             | 生年月日（和暦）        | S<br>H                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日 |  |
|                                    |                                                                                                  |                   | 治療開始時年齢         | （ ） 歳                                                                                                                                                                                                            |       |  |
|                                    | 住所                                                                                               | 〒                 | 電 話             |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 配偶者                                | ふりがな                                                                                             |                   | 性 別             | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                                            |       |  |
|                                    | 氏 名                                                                                              | 印（＊１）             | 生年月日（和暦）        | S<br>H                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日 |  |
|                                    |                                                                                                  |                   | 治療開始時年齢         |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
|                                    | 住所                                                                                               | 〒                 | 電 話             |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| ※申請者と異なる場合に記入                      |                                                                                                  |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。 |                                                                                                  |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 振込先                                | ふりがな                                                                                             |                   | 預金種別            | 普通 ・ 当座                                                                                                                                                                                                          |       |  |
|                                    | 口座名義人（※申請者名義）                                                                                    | 印<br>（自署の場合押印省略可） |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
|                                    | 金融機関名                                                                                            | 銀行 金庫<br>組合 農協    | 本店<br>支店<br>出張所 | 口座番号                                                                                                                                                                                                             |       |  |
| 申請内容                               |                                                                                                  | 生殖補助医療            | 治療内容            | 該当に☑<br><input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療<br><input type="checkbox"/> 自費診療<br><input type="checkbox"/> 着床前検査（PGT-A）<br><b>【治療区分】</b> ※該当区分に○<br><b>A・B・C・D・E・F</b><br><b>【高額療養費適用区分】</b><br><b>ア・イ・ウ・エ・オ</b> |       |  |
| 算定基準額                              |                                                                                                  | 金 円               |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 県交付決定額                             |                                                                                                  | 金 円               |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| その他助成金                             |                                                                                                  | 金 円               |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 交付申請額                              |                                                                                                  | 金 円               |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 交付審査上の承諾欄<br>（該当箇所にて☑してください）       | （全市町村該当）<br><input type="checkbox"/> 私（申請者）及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することについて承諾します。                     |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
|                                    | （倉吉市、三朝町、北栄町、日吉津村、大山町、日野町該当）<br><input type="checkbox"/> 私（申請者）及び配偶者の税等の納付状況について確認することについて承諾します。 |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
|                                    | （智頭町該当）<br><input type="checkbox"/> 私（申請者）及び世帯員の税等の納付状況について確認することについて承諾します。                      |                   |                 |                                                                                                                                                                                                                  |       |  |

（＊１）鳥取市、岩美町、倉吉市、湯梨浜町、三朝町、米子市、境港市、大山町、南部町、日吉津村、伯耆町、日南町、日野町にお住まいの方は自署の場合押印省略可。

|        |                    |       |       |   |
|--------|--------------------|-------|-------|---|
| 市町村記入欄 | 交付決定年月日<br>（請求年月日） | 年 月 日 | 交付決定額 | 円 |
|--------|--------------------|-------|-------|---|

## 【各市町村添付書類一覧】

### ＜東部＞

|            |                                                                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>鳥取市</b> | ①交付決定及び額の確定通知書の写し（県制度分）<br>②不妊治療受診証明書の写し（鳥取市保健所へ提出したもの）<br>③不妊治療にかかる領収書の写し（医療機関が発行し、鳥取市保健所へ提出したもの）          |
| <b>岩美町</b> | ①鳥取市の発行する不妊治療費助成金（県制度分）交付決定及び額の確定通知書の写し                                                                     |
| <b>若桜町</b> | ②不妊治療受診証明書の写し（鳥取市保健所へ提出したもの）<br>③不妊治療にかかる領収書の写し（医療機関が発行し、鳥取市保健所へ提出したもの）                                     |
| <b>智頭町</b> | ①鳥取市の発行する不妊治療費助成金（県制度分）交付決定及び額の確定通知書の写し                                                                     |
| <b>八頭町</b> | ②不妊治療受診証明書の写し（鳥取市保健所へ提出したもの）<br>③不妊治療にかかる領収書の写し（医療機関が発行し、鳥取市保健所へ提出したもの）<br>④債権者登録申請書 ※町から交付決定通知を送付する際同封します。 |

### ＜中部＞

|             |                                                                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>倉吉市</b>  | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し<br>②夫及び妻の保険証の写し ③助成経費にかかる領収書の写し ④振込先口座の通帳の写し                                                                                                |
| <b>三朝町</b>  | ①特定不妊治療受診証明書（三朝町様式）<br>②婚姻をしていることが確認できる書類 ※町が公簿により確認できる場合は省略可<br>・法律婚の場合…戸籍抄本等<br>・事実婚の場合…戸籍謄本及び申立書 ※①と②は、③④の提出により省略可<br>③鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し<br>④助成経費にかかる領収書の写し |
| <b>湯梨浜町</b> | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し<br>②生殖補助医療にかかる領収書の写し                                                                                                                        |
| <b>琴浦町</b>  |                                                                                                                                                                          |
| <b>北栄町</b>  |                                                                                                                                                                          |

### ＜西部＞

|                          |                                                                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>米子市</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書<br>②生殖補助医療にかかる領収書（原本）                                            |
| <b>境港市</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し<br>②不妊治療受診証明書の写し（鳥取県へ提出したもの）<br>③生殖補助医療にかかる領収書の写し（鳥取県へ提出したもの） |
| <b>大山町</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書                                                                  |
| <b>南部町</b>               | ②生殖補助医療にかかる領収書 ③債権者登録申請書（登録していない方のみ）＊                                                      |
| <b>日吉津村</b>              | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書<br>②生殖補助医療にかかる領収書の写し ③振込口座の通帳                                    |
| <b>伯耆町</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書<br>②生殖補助医療にかかる領収書の写し ③振込口座の通帳                                    |
| <b>日野町</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書<br>②生殖補助医療にかかる領収書の写し                                             |
| <b>日南町</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書<br>②生殖補助医療にかかる領収書 ③振込口座のわかるもの                                    |
| <b>江府町</b>               | ①鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し<br>②生殖補助医療にかかる領収書の写し ③債権者登録申請書（登録していない方のみ）＊                   |
| <b>大山町・南部町・日南町・江府町共通</b> | ＊債権者登録申請書について（登録していない方のみ）<br>役場受付窓口にてお渡しします。振込口座のわかるもの（通帳など）、印鑑が必要です。<br>（南部町は印鑑不要）        |