

# 記入例

書類等に不備があり、連絡が取れない場合、補助金の交付ができないことがあります。  
記入における注意事項をご確認のうえ、記入漏れ等のないようにご提出ください。  
ご不明点は、担当までお問合せください。

様式第1号

## 岡崎市不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

(宛先) 岡 崎 市 長

① 令和8年 6月 1日

① 窓口に来所する日を記入する。

②

〒 444-8545  
住所 岡崎市若宮町2丁目1番地1  
申請者  
氏名 岡崎 花子  
③ 電話 090 (0000) 0000  
(自署または記名押印)

② 補助金の振込先口座の名義人と同一のかたを申請者とする。  
夫婦が別世帯の場合は、岡崎市に住民票を有するかたを申請者とする。

③ 日中連絡のとれる電話番号を記載する。

関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

なお、補助金を交付する要件を確認するため住民基本台帳を閲覧することや、必要な範囲内で医療機関等へ照会すること、他の自治体から本市の交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りその他不正な手段等により補助を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

ふりがな	おかざき たろう	夫の 生年月日 (年齢)	昭和60年 5月 1日 (40歳)
夫の氏名	岡崎 太郎	妻の 生年月日 (年齢)	昭和62年 9月 10日 (38歳)
ふりがな	おかざき はなこ		
妻の氏名	岡崎 花子		
(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)	〒 ④	電話 ( )	
※ 交付申請(請求)額	⑤ 28,000 円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に10分の7を乗じた額、または5万円の低い方(1,000円未満の端数は切り捨て)	
今回の治療について、他の自治体で補助を受けたことがありますか。(申請中を含む)			
<input type="checkbox"/> はい → 自治体名 ( )			
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
⑥	⑦ 金融機関名	〇〇信用金庫	支店名 〇〇支店
口座振替先	口座種別	⑧ 普通・当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人	岡崎 花子	

④ 夫婦が別世帯の場合、申請者と異なるかたの住所を記入。

⑤ 交付申請額を記入する。  
先進医療に要した費用の合計は、医療機関が記載した「岡崎市不妊治療費補助金交付事業受診等証明書」(様式第2号)に記載あり。

- 【添付書類】
- 1 岡崎市不妊治療費補助金交付事業受診等証明書
  - 2 不妊治療(先進医療)を受けた医療機関発行の領収証(原本謄写による写しも可)
  - 3 法律上の婚姻をしている夫婦であること等を証明できる書類(公簿による確認が可能な場合は省略可)  
事実婚の場合は、事実婚関係であることを証明できる書類
  - 4 住所地を証明する書類(公簿による確認が可能な場合は省略可)
  - 5 申請者名義の口座振替先の金融機関、口座番号等が確認できるもの
  - 6 その他市長が必要と認める書類

⑥ 該当する方にチェックする。  
※他の自治体ですでに補助を受けた治療を二重に申請することはできません。  
他の自治体で補助を受けた治療が、今回申請を検討している治療と別の期間に実施したものであれば、申請できます。

⑦ 申請者名義の金融機関口座を記入する。

⑧ 該当する方に○をつける。

### 【その他注意事項】

- ※ 消えるボールペンでの記入はしないでください。
- ※ 訂正する場合、二重線と訂正印又はサイン(フルネーム)にて訂正してください。