

仙台市不妊検査費助成事業申請書

【令和7年4月改定】

妻	ふりがな			西暦		年	月	日生
	氏 名			(				歳)
	現 住 所	〒		電話		(		)
夫	ふりがな			西暦		年	月	日生
	氏 名			(				歳)
	現 住 所 ※妻と同居所の 場合は「同上」	〒		電話		(		)
申 請 額		金 円 (助成上限額: 30, 000円)						
仙台市長 様 関係書類を添えて不妊検査費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。 年 月 日 申請者氏名 _____ (仙台市民に限る。口座名義人と同じ。)								
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協 ()		本・支店名		本 店 支 店 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 (右詰め)					
	フリガナ 口座名義人 (申請者)							
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 □ 法律婚 □ 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) □ 今回の検査費用に対する助成金を、他の地方公共団体及び本市に申請・受領していない □ 夫と妻の両方が検査を受けた ◆過去に他の地方公共団体及び本市においてこの助成と同様の助成を受けたことがありますか □ ない □ ある(直近に出生したお子様の出生日または死産日をご記入ください→ 年 月 日)							

※必ず裏面もご確認ください。

(必要な添付書類及び注意事項について記載しています。)

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。

【申請前に添付書類に漏れがないか確認してください】

	☒	添 付 書 類
全員	☐	仙台市不妊検査費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号) ※夫婦が別の医療機関を受診した場合、妻の受診等証明書と、夫が受けた検査の領収書・明細書(写)
	☐	振込先の口座情報(金融機関・支店・口座番号・口座名義人)が分かるものの写し
夫婦が別世帯の場合	☐	申請者の戸籍全部事項証明書(原本、発行日から3か月以内のもの)
事実婚の場合	☐	事実婚申立書
	☐	夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書(原本、発行日から3か月以内のもの)
過去に地方公共団体から不妊検査費への助成を受けたことがある場合		出産した場合や、妊娠12週以降に死産となった場合は、次の妊娠に向けて受けた不妊検査の費用助成を再度申請可能です。該当する方は以下の書類を添付してください。
	☐	出産した方:子の出生日を証明する書類(戸籍謄本、母子健康手帳の写し等) ※仙台市の住民基本台帳で出生日を確認できる場合は提出不要
	☐	妊娠12週以降に死産した方:死産届の写し、母子健康手帳の写し等

【注意事項】

助成回数は、夫婦1組につき1子ごと1回までです。第1子の際に不妊検査を実施し助成金を受け取った場合でも、第2子以降に係る不妊検査の場合は申請することが可能です。

助成金申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。

※1 申請額

- ・ 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 夫婦が別の医療機関を受診した場合

- ・ 妻の受診等証明書(様式第2号)と、夫が受けた検査の領収書・明細書のコピーを提出してください。
- ・ 夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚にまとめて記入してください。
- ・ 申請書の「申請額」には、妻の受診等証明書の「患者負担(領収)額」と、夫が受けた検査の領収額を合算し、その合算額と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

※3 助成対象となる検査は、検査開始日から原則1年間に受けた検査です。

夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から1年以内に受けた検査が対象となります。

＜例＞「夫:令和6年11月10日検査 妻:令和7年4月5日検査」の場合

助成対象期間:令和6年11月10日から令和7年11月9日まで

※4 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。

※5 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。

※6 「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。

【申請書の郵送先・問い合わせ先】

980-0011仙台市青葉区上杉一丁目5番12号
仙台市こども家庭保健課 不妊助成担当
電話:022-214-8189