

# 特定不妊治療費補助金に係る過去の受給歴申告書

令和 年 月 日

申告者  
氏 名

特定不妊治療費補助金の過去の受給歴について、下記のとおり申告します。

記

## 1. 一宮市での受給歴

【 回】

※愛知県一宮保健所からの受給がある場合も、この欄にご記入ください。

※過去の受給歴がない場合、この申告書の提出は不要です。

## 2. 一宮市以外での受給歴

受給時期（和暦）	当時の住所
年 月頃	
年 月頃	
年 月頃	
年 月頃	
年 月頃	
年 月頃	

## 3. 特定不妊治療費補助金を受けた後の出産の有無（自然妊娠や自費による不妊治療での出産も含む）

【 なし ・ あり 】

→「あり」の場合

子の氏名	生年月日

※特定不妊治療費補助金は、1子ごとに6回まで（40歳以上43歳未満は3回まで）受給できます。

※妊娠12週以降に死産となった場合も回数のリセットの対象となります。この場合、妊娠の有無は「あり」とし、子の氏名・生年月日欄は空欄としてください。