

不妊治療連絡カード

作成費用助成

不妊治療連絡カード

事業主 殿 年月日

医療機関名 _____
医師氏名 _____

医師の連絡事項
(該当する事項に○を付けてください。)

下記の者は、
 現在、不妊治療を実施しています。
 または、
 不妊治療の実施を予定しています。

【連絡事項】

不妊治療の実施(予定)時期	
特に配慮が必要な事項	
その他	

不妊治療と仕事との両立に係る申請書
上記のとおり、主治医等の連絡事項に基づき申請します。

事業主 殿 年月日
所属 _____
氏名 _____

対象者

福井市に住民登録のある方

「不妊治療連絡カード」

不妊治療を受けている方が、職場に主治医からの配慮事項を的確に伝達するためのカード。厚生労働省が活用をすすめています。

不妊治療を受けながら仕事が続けられるように、福井市では不妊治療連絡カードの活用をすすめるとともに、作成費用を助成します。

助成内容

対象者	申請時においてカード作成者が福井市に住民登録のある方
助成額	上限2千円
申請回数	年度*内1回
申請期限	不妊治療連絡カード作成日の属する年度*の年度末(土日祝日除く)
申請方法	窓口提出又は郵送
必要書類	①申請書 ②不妊治療連絡カードの写し ③不妊治療連絡カードを作成した医療機関の発行する領収書(原本) ※領収書は押印・コピー後にお返します ④申請者名義の預金通帳(無い場合は、キャッシュカード)の写し

(*年度:4月から翌年の3月まで)

問合せ

福井市保健所 地域保健課 保健支援係(福井市西木田2-8-8 商工会議所南隣)
電話 0776-33-5185 (平日 8:30 ~ 17:15)