

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)