

大津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所 _____

(口座名義人と同一) 氏 名 _____ ⑧

電 話 _____

日中の連絡先(携帯) _____

大津市不育症治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者		フリガナ 氏 名	生 年 月 日	
	申請者		年 月 日	
	配偶者等		年 月 日	
住 所	(単身赴任等で申請者と配偶者等が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒 _____			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り→【薬局の証明書(様式第2号)を <input type="checkbox"/> 提出する <input type="checkbox"/> 提出しない】 <input type="checkbox"/> 無し			
過去にこの不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去() 回受けた 前回の申請(年 月)				
振込先口座 金融機関	金融機関名		支 店 名	
	銀行・信金・農協		本店・支店・出張所・代理店	
	預金種別	口座番号	口座名義人(申請者と同一)	
	普通・当座		フリガナ 氏 名	

私たちは、大津市不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が次に掲げる調査等を行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、調査し、又は他の市町村に照会すること。
- (2) 他の市町村に対し、本申請に係る不育症治療に対する助成金の交付の有無について照会すること。
- (3) 不育症治療を行う医療機関に対し、本申請に係る不育症治療の内容について照会すること。

氏名 申請者 _____

配偶者等 _____

注 「配偶者等」には、夫又は妻のほか事実婚の相手方又はパートナーを含みます。

大津市処理欄

加入 医療保険	申請者	市国保・その他保険	申請受付場所	母子保健課・郵送	
	配偶者	市国保・その他保険		和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田	
	保険適用		保険適用外	合計	交付決定額
経費所要額	円	円	円	円	円

記入に当たって

1 申請者について

- (1) 申請者は、検査及び治療の受診者です。申請者は、配偶者等の欄についても漏れなく記載してください。夫婦で受診した場合は、それぞれが申請書を提出してください。

2 助成金額について

- 1回の助成金額は、検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）費用のうち本人負担額の2分の1（上限15万円）となります。

3 振込口座について

- (1) 申請者本人の口座以外には振込みを希望する場合は、受領に関する委任状を提出してください。委任状には、申請者及び代理人の氏名を署名の上、申請者氏名横に請求印と同じ印鑑で押印してください。
- (2) 金融機関名及び支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。また、預金種別は該当のものに○印を付し、口座名義人のフリガナは正確に記入してください。
- (3) 記載事項に漏れ、誤り等があった場合は、振込みが遅れることがあります。間違いのないように記入してください。

4 申請に必要な書類について

- (1) 大津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) 不育症治療等実施医療機関等証明書（様式第2号）（医療機関、薬局に記入してもらってください。）
※文書作成手数料は、医療機関、薬局規定の費用が必要です。無料で交付されるものではないことに御注意ください。
- (3) 夫婦それぞれが医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類（資格確認書・マイナポータルの資格確認画面等の写し）
- (4) 申請者本人名義の口座及び支店名を確認できるもの（預金通帳の写し）
- (5) 申請者及び配偶者が同一世帯でなく、どちらも大津市に本籍がない場合、法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明することができる書類（戸籍抄本等）
- (6) 事実婚関係にある場合、事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）及び両人の戸籍謄本
- (7) パートナー関係にある場合、パートナー関係にあることを確認できる書類（地方公共団体が交付したパートナーシップ宣誓書受領証等）
- (8) 夫婦の双方が外国人で同一世帯でない場合、婚姻関係にあることを証明する書類（本国の婚姻証明書等）

5 申請方法・期限について

- (1) 治療終了後、速やかに不育症治療等実施医療機関等証明書に治療を受けた医療機関、薬局で証明を受け、申請書及び必要書類を全て添付の上、窓口又は郵送にて申請してください。
- (2) 申請期限は、治療が終了した日（出産又は流産、死産の判定日）の属する年度内とします。ただし、当該治療が3月1日から3月31日までの間に終了した場合は、翌年度の4月30日（その日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に当たるときは、これらの日の翌日）までとします。

その他御不明な点は、母子保健課（TEL 077-511-9182）までお問い合わせください。