

大津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所 _____
 (口座名義人と同一) 氏 名 _____ 印
 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	
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
住 所	(単身赴任等で夫と妻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 夫 _____
 妻 _____

大津市処理欄

加 入 医療保険	夫	市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所母子保健課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
	妻	市国保・その他保険		
書 類 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 住基確認(年 月 日) <input type="checkbox"/> 不育症治療等実施医療機関等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合等) (戸籍謄本等により確認) ←			<申請受付日>
	<input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(様式第2号の2)			
		保険適用内	保険適用外	合 計
経費所要額		金 円	金 円	金 円
市交付決定金額				金 円

申請書の記入に当たって

1 申請者について

- (1) この申請書を利用して申請することができる方は、大津市に住所を有する方に限ります。
- (2) 申請者は、夫婦のうちいずれの方でも構いません。申請者は、配偶者の欄についても漏れなく記載してください。

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) 助成金の振込口座は申請者本人の口座に限り、申請者本人の口座以外には振込みできません。
- (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（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。）
- (3) 夫婦それぞれの健康保険証の写し
- (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) 夫及び妻が同一世帯でない場合、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（戸籍謄本等）
- (6) 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）（大津市不育症治療費助成金の交付の対象となる不育症の検査及び治療を開始した時点で事実婚と同様の事情にある者に該当する場合に限る。）
※ 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。

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、申請してください（簡易書留での郵送も可能です。）。
- (2) 申請期限は、治療が終了した日（出産又は流産の判定日）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あたる場合は、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。