

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 〒520-

住 所 大津市

(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	夫	氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	妻	氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 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) 〒			
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	
	預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
	普通・当座		フリガナ	氏 名

注意：訂正箇所には、全て訂正印(申請者欄に押印した印鑑)を押印してください。

※裏面を必ずお読みください。

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、大津市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。

氏 名 夫 _____ 印

妻 _____ 印

(申請者欄と同じ印鑑で押印してください。)

大津市処理欄

加入 医療保険	夫 妻	市国保・その他保険 市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 住基確認(年 月 日) <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) <input type="checkbox"/> 不育症治療に係る証明書(様式第2号)			<申請受付日>
単身赴任者 等確認欄	<input type="checkbox"/> 本籍地(大津市・大津市以外) ← 本籍地が大津市以外の場合は、戸籍抄本等が必要			
	保険適用内		保険適用外	
経費所要額	金 円	金 円	合 計	
市交付決定金額	金 円	金 円	金 円	円

(様式1号裏面)

申請書の記入にあたって

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のは、大津市に住所を有する方に限ります。
- (2) 申請者は、夫婦のうちいずれでも構いません。いずれかにより申請し、配偶者の欄も漏れなく記載してください。

2 申請金額について

1回の助成金額は、検査及び治療に要した費用のうち、保険適用分にあつては、本人負担額の1/2(上限5万円)・保険適用外の検査費用分にあつては、本人負担額(上限10万円)となります。

3 振込口座について

- (1) 助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。申請者以外の口座には振込みできません。
- (2) 金融機関名、支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。
預金種別は該当のものに○印を付し、口座名義人のふりがな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、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証明書(様式第2号)(医療機関の主治医等に記入してもらってください。)
- (3) 院外処方がある場合は、領収書(コピーでも可)
- (4) 文書作成手数料は、医療機関規定の費用が必要です。無料で交付されるものではありません。

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証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書兼請求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とします。)
- (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、当該終了した日が3月1日から3月31日までの場合は、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、健康推進課(TEL 077-528-2748) までお問い合わせください。