

(治療等が終了した日の属する年度の翌年度4月末日までに申請して下さい。)

寝屋川市不育症治療費等助成事業申請書

寝屋川市長様 _____年 ____月 ____日

私(申請者)は、市が受給要件(住所、続柄等)を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に対して治療・検査の内容を照会すること及び「寝屋川市不育症治療費等証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意し、必要書類を添付の上、不育症治療費等の助成を申請します。

なお、申請内容等に偽りがあったり、不正な方法で助成を受けた場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還することを承諾します。

申請内容	不育症治療 ・ 不育症検査			
申請者(妻)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	— — ※日中に連絡がつきやすい番号を書いて下さい。
配偶者(夫)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	— — ※日中に連絡がつきやすい番号を書いて下さい。
申請金額	不育症治療 金 円 (上限300,000円/年度)			
	不育症検査 金 円 (1回の検査費用の7割相当額(千円未満切捨て) なお、6万円を上限額とする。)			
	【不育症検査 申請金額 例】 例1) 領収金額が 55,000 円だった場合、7割の額(38,500円)となるので、千円未満を切り捨てて、 申請金額は、 38,000 円と記入して下さい。 例2) 領収金額が 100,000 円だった場合、7割の額(70,000円)が上限額の6万円を超えているので、 申請金額は、 60,000 円と記入して下さい。			
	※金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に記入し直してください。(訂正できません。)			

※振込先口座は申請者(妻)名義のものに限ります。										
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協						支店 出張所名	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座						(ふりがな)		
								口座名義人		
	口座番号								左詰で記入してください	

- *添付書類
- ① 様式第2号 寝屋川市不育症治療費等助成事業受診等証明書
 - ② 医療機関発行の領収書、診療明細書及び調剤明細書
 - ③ 振込先口座を確認できるもの(通帳のコピー等)
 - ④ 夫婦の戸籍抄本または戸籍謄本(※本助成を初めて申請する方または事実婚の方のみ必要)
 - ⑤ (事実婚の方のみ)事実婚関係に関する申立書

申請受付印欄		
--------	--	--