

(治療が終了した日の属する年度の翌年度の4月末日までに申請して下さい。)

記入例

寝屋川市不妊治療費等助成事業申請書

〇〇年 □ 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等の内容を照会することについて同意し、必要書類を添付の上、不妊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。

↓ 申請者は、夫婦どちらでも可 (※助成金は、申請者名義の口座に振り込みます。)											
申請者	ふりがな	ねやがわ たろう						生年月日	〇〇年 □ 月 △ 日		
	氏名	寝屋川 太郎									
	住所	〒 572-8533 寝屋川市池田西町28-2						電話番号	080-△△△-××××		
配偶者	ふりがな	ねやがわ はな									
	氏名	寝屋川 花									
	住所	〒 同上									
申請金額	金	100,000									
	※申請金額を記入するにあたっては、必ず記入例 なお、加入している健康保険等から高額療養費 ※金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に記入し										
※ 振込先口座は、必ず申請者名義のものを記入して下さい											
振込先口座	金融機関名	寝屋川 銀行 金庫 農協						支店出張所名	寝屋川 支店出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座						(ふりがな)	ねやがわ たろう		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	寝屋川 太郎	
							左詰で記入してください				

※申請金額は、受診等証明書に記載されている領収金額をもとに、以下の例を参考に記入して下さい。

例1) 領収金額が 200,000円 であれば、
申請金額は 100,000円 と記入して下さい。

例2) 領収金額が 80,000円 であれば、
申請金額は 80,000円 と記入して下さい。

例3) 上記の(例2)のパターンで1回目の
助成を受け、同年度内に2回目の申請を
行う場合…
100,000円-80,000円=20,000円 (上限額)
領収金額が 100,000円 であっても、
申請金額は 20,000円 となります。

【留意点】 高額療養費や付加給付の支給があった場合は、上記の
領収金額を、(領収金額-支給額)の金額に置き換え
て考えて下さい。

申請者と口座名義人は、必ず同じにしてください。

※ 申請金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に記入し直して下さい。(訂正はできません)
申請金額が分からない場合は、空白のまま窓口にお越し下さい。なお、郵送申請される方で、申請金額が
分からない場合はお問い合わせください。(空白のまま郵送されると、受付ができません。)
その他ご不明な点等がある場合は、市民サービス部医療助成担当 (直通 072-800-7108) までお問い合わせ
ください。