

(治療が終了した日の属する年度の末日までに申請してください)

様式第1号

記入例

寝屋川市特定不妊治療支援事業申請書

申請年月日 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・本申請書記載の「他の自治体での本事業の受給の状況」について、助成が適正か判断するために必要な場合は、寝屋川市が他の自治体へ照会することについて同意します。
- ・本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳の情報を閲覧・利用することに同意します。

申請者に○をつけて下さい		(ふりがな) 氏名		生年月日及び年齢	備考			
氏名及び住所	<input checked="" type="radio"/>	夫	(ねやがわ たろう) 寝屋川 太郎	〇〇年 〇月 〇日生(〇歳)				
	<input type="radio"/>	妻	(ねやがわ はなこ) 寝屋川 花子	〇〇年 〇月 〇日生(〇歳)				
住所	夫住所		〒 572-8533 寝屋川市池田西町28番22号	電話番号 自宅 072 (000) 0000 携帯 080 (000) 0000				
	妻住所		〒 同上	電話番号 自宅 072 (000) 0000 携帯 080 (000) 0000				
他の自治体での本事業の受給の状況								
1. 寝屋川市以外の、都道府県、政令指定都市及び中核市での本補助事業の受給の有無 <input checked="" type="radio"/> ①あり <input type="radio"/> ②なし								
2. 1. で「①あり」の場合は、下表に記入すること。(分かる範囲で結構です)								
自治体名		受給年度	受給回数	受給金額				
〇〇 府		H30 年度	1 回	300,000 円				
△△ 市		R3 年度	1 回	100,000 円				
		年度	回	円				
出産または死産(妊娠12週以降)された方で、助成回数のリセットを希望する								
<input checked="" type="checkbox"/> 出産された方 お子様氏名 寝屋川 一郎 出産日								
<input type="checkbox"/> 妊娠12週以降に死産された方(死産届の写しや母子手帳等をご持参ください)								
↑ いずれかにチェックをしてください。								
申請金額	合計		金	円				
	男性不妊治療分除く		金	円				
	男性不妊治療分		金	円				
※ 申請金額は、領収金額(受診等証明書に記載されている金額)を合算し、上限額を記入して下さい。 金額を書き間違った場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。								
(申請者の口座に限り)	金融機関名	寝屋川			<input checked="" type="radio"/> 銀行			
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通当座			(ふりがな) 口座名義人	(ねやがわ たろう) 寝屋川 太郎		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

申請者で○をつけた方と口座名義人は、必ず同じにしてください。

例1) 治療方法 **ABDEN** の場合
領収金額が 620,000 円 であれば
申請金額は **300,000 円** となります。

例2) 治療方法 **CF** の場合
領収金額が 150,000 円 であれば
申請金額は **100,000 円** となります。

例3) 治療方法 **C** 以外 と 男性不妊治療 を併せて行った場合
領収金額の
特定不妊治療費が 280,000 円
男性不妊治療費が 400,000 円 であれば
申請金額は **280,000 円 + 300,000 円** で
580,000 円 となります。

※申請金額を書き間違った場合は、新しい用紙に初めから書き直してください(訂正不可)。
申請金額欄の書き方が分からない場合は、空白のまま窓口にお越しください。なお、郵送申請をされる方はお問い合わせしてください。