

(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

### 寝屋川市特定不妊治療支援事業申請書

寝屋川市長 様

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	夫	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	妻	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	夫住所	〒	電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )	
	妻住所	〒	電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )	

他の自治体での本事業の受給の状況

- 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 ①あり ②なし
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
	年度	回	円
	年度	回	円
	年度	回	円

回数リセット

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場合のみ記入。

出産された方 お子様氏名 \_\_\_\_\_ 出産日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(出生児が記載されている戸籍謄本をご持参ください)

妊娠12週以降に死産された方(母子手帳または死産届の写しをご持参ください)

↑ いずれかにチェックをしてください。

申請金額

合計	金	円	治療方法 <b>ABDEN</b> は上限 300,000 円
男性不妊治療分除く	金	円	治療方法 <b>CFI</b> は上限 100,000 円
男性不妊治療分	金	円	男性不妊治療は <b>C</b> を除き上限 300,000 円加算

※ 領収金額(受診等証明書に記載されている金額)が、各治療方法における上限額を超えている場合は、上限額(300,000円または100,000円)を上記の金額欄に記入して下さい。  
金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。(訂正不可)

振込口座申出欄  
(申請者の口座に限ります)

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。

申請受付印欄

※ 記入にあたっては、必ず記入例を参照してください。

## 申請書記入にあたっての留意事項

「特定不妊治療支援事業」の利用の手引をご覧のうえ、記入してください。

- 申請について
  - ・助成対象となるのは、治療開始日から申請日まで法律上の夫婦であり、申請日に寝屋川市に住所を有している（住民票がある）方に限ります。（事実婚の場合は、別途提出書類が必要です）  
なお、夫婦のどちらか一方が寝屋川市以外に住所を有している場合は、夫婦間で本拠と決めた居住地の自治体に申請してください。
  - ・申請者となる方について、夫か妻のいずれかに○を記入してください。  
なお、助成金の振込先は申請者名義の口座となります。（下記「振込口座申出欄について」参照）
  - ・寝屋川市に住んでいても、寝屋川市以外に住所を有する場合、寝屋川市への申請はできません。
- 他の自治体での特定不妊治療助成金（補助金）の支給の有無について
  - ・他の地方自治体で実施する、本事業の助成金（補助金）を受けられた方は「あり」に、それ以外の方は「なし」に○をつけて下さい。「あり」に○をつけた方は、助成を受けた自治体名、時期及びその年度における受給回数を記入してください。（分かる範囲で結構です。）ただし、寝屋川市以外において実施している独自の助成事業については「あり」の対象ではありません。
- 助成回数のリセットについて
  - ・過去に本事業の助成を受けたことがあり、それ以降に出産した場合（自然妊娠や自費での不妊治療による出産も対象）や、妊娠 12 週以降に死産に至った場合は、それまでに受けた助成回数をリセットすることができます。
- 申請金額について
  - ・申請金額は、上限額 30 万円（治療方法 C および F は 10 万円）または、あなたが医療機関で支払った金額のどちらか少ない方の金額を記入して下さい。また、男性不妊治療をあわせて行った場合はその治療費として 30 万円を限度に加算することが出来ます。（治療方法 C の場合を除く。）それぞれ上限額の範囲内でアラビア数字（例：30 万円→300,000）により正確に記入してください。ただし、治療費及び治療に付随する検査等の費用が対象となりますので、入院した場合の入院費・食事費、胚などを凍結した場合の管理料（保存料）、文書作成料などは対象金額に含めることはできません。
- 文字等の訂正について
  - ・申請金額は訂正出来ません。申請金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。なお、その他の箇所の訂正に関しては、二重線を引いて訂正した上で、付近に日付と署名（フルネーム）をしてください。
- 申請の対象とならない場合について
  - ・体外受精または顕微授精を行うために治療を開始したものの、卵胞が発育しないなどの理由により採卵を行わずに治療を中止した場合は、この助成の対象にはなりません。
- 振込口座申出欄について
  - ・助成金の振込口座は、申請者として○を記入した方の名義の口座に限ります。
  - ・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、口座名義人のふりがなも必ず記入してください。不備等があった場合、振込みが遅れることがあります。
- 添付書類は原則、一緒に提出してください。
  - ・「受診等証明書」は、指定医療機関の主治医に記入してもらい、提出してください。（文書作成時には、各医療機関が定める文書作成料が必要となる場合があります。）
  - ・「婚姻していることを証明する書類」とは、治療開始日から申請日までの間の婚姻関係を証明するものとなり、申請者夫婦の戸籍謄本です。ただし、過去に寝屋川市から助成を受けたことがある場合は、提出不要です。
  - ・「特定不妊治療に要した費用の領収書」は、原本を提出してください。医療費控除等で原本が必要な方は、お申し出下さい。助成金を申請済みである旨の押印をした上で返却します。
- 申請書に虚偽の記載があった場合、助成金の返還を求めることがあります。
- その他、ご不明な点がございましたら、申請窓口にお問い合わせください。

本申請で取得した個人情報については、助成に関する事項以外には使用しません。

【申請窓口】寝屋川市 市民サービス部 医療助成担当  
〒 572-8533 大阪府寝屋川市池田西町28番22号  
保健福祉センター2階  
電話 072-812-2363(直通)