

吹田市不育症治療に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

吹田市長 宛

申請年月日 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。また、助成金は次の口座に振り込んでください。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・助成の適性を判断するにあたり、必要な範囲で吹田市が夫婦の住居に対して検査及び治療の内容を照会することについて同意します。

同じ認印で2箇所押印をお願いします。
(シャチハタ印不可)

及び医療機

注) 太枠の中をご記入ください。

		(フリガナ) 氏名		生年月日及び年齢				
申請者(妻)	ホケン ハナコ		①	平成 ●年●●月●●日生(●●歳)				
	保健 花子							
配偶者(夫)	ホケン タロウ		②	平成 ▲年▲▲月▲▲日生(▲▲歳)				
	保健 太郎							
申請者住所		〒564-00072 吹田市出口町19-2		電話番号 (080) △△△△ - △△△△				
配偶者住所		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	電話番号 (090) □□□□ - □□□□				
不育症治療を受けた医療機関の名称		◇◇病院						
申請金額		申請金額は記入不要です。 (記入誤りがあった場合は申請書を再度記入して必要があります。)						
振込口座申出欄 (申請者の口座に限ります)	金融機関名	吹田		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		(フリガナ) 口座名義人		ホケン ハナコ
	口座番号	0	0	0	0	0	0	0

(添付書類)

- ①吹田市不育症治療に係る自己負担額助成金交付受診等証明書
- ②治療に要した費用の領収書
- ③戸籍謄本(法廷婚の場合は初回のみ)
- ④事実婚関係に関する申立書(事実婚関係にある夫婦のみ)

申請書記載にあたっての留意事項

- 申請者について
 - ・ この申請書を利用して申請できるのは、治療実施日から申請日まで婚姻をしている夫婦であり（重婚的内縁でない事実婚関係にある夫婦を含む）、吹田市に住所を有する方に限ります。
- 申請金額について
 - ・ 申請金額は、審査のうえ決定しますので、空欄のまま提出してください。
 - ・ 助成金額は、医療機関で支払った金額の範囲内で、30万円が1年度の上限額となります。
 - ・ 入院時の差額ベッド代や食事代、文書料等及びサプリメント等の医薬部外品は含めることはできません。
- 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）
 - ・ 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、口座名義人のフリガナは必ず記載してください。記入が不正確だったり、誤りがあったりすると振込みが遅れる場合がありますので、間違いがないように注意してください。
- 添付書類は原則、申請書とともに提出してください。
 - ・ 「①吹田市不育症治療に係る自己負担額助成金交付受診等証明書（様式第2号）」は、医療機関の主治医に記入してもらってください。
（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。）
 - ・ 「②治療に要した費用の領収書」については、原本を提出してください。返却を希望する場合は、申請時点で申し出てください。（郵送の場合は、返却希望の旨記載したメモを同封してください。）
 - ・ 「③戸籍謄本」（発行日から6か月以内のもの）は、2回目以降の申請時は省略できます。ただし、夫婦別居の場合や事実婚関係にある夫婦については省略できません。
- 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。
- 郵送事故等による不到達・遅延に関し、吹田市は責任を負いかねますのでご了承ください。郵送により申請される方については、配送状況や到着の確認ができる簡易書留や特定記録郵便などの使用をお勧めします。

吹田市 健康医療部 母子保健課
〒564-0072 吹田市出口町19-2
(吹田市立保健センター内)
TEL：06-6339-1214 FAX：06-6339-7075