

## 吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金申請書兼口座振込依頼書

吹 田 市 長 宛

申請年月日      令和    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。また、特定不妊治療の治療期間においては、法令上の婚姻をしています。
- ・本申請書記載の「本事業の受給の有無」について、助成の適正を判断するために必要な場合は、吹田市が他の自治体へ照会することについて同意します。
- ・助成金の決定にあたり、以後市職員が私の世帯の情報等について調査することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_

(印)

申 請 者	フリガナ			生年月日及び年齢	
	氏 名	(印)		昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		電話番号 (      )      -	
配 偶 者	フリガナ			生年月日及び年齢	
	氏 名			昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	配偶者 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		電話番号 (      )      -	
有 無	過去の助成の <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <↑「あり」の場合> 1 助成を受けた自治体名      吹田市 ・ _____ 都道府県 _____ 市 2 助成を受けた時期      _____ 年度 (    回)      _____ 年度 (    回)      _____ 年度 (    回)				
申 請 金 額	男性不妊治療以外				円
	男性不妊治療				円
	合計 (交付申請額)				円
振 込 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		フリガナ	
	口座番号			口座名義 ※申請者の口座に限る。配偶者不可。	
				左詰で記入してください。	

- (添付書類) ①吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金に係る受診等証明書      ②特定不妊治療に要した費用の領収書 (原本)
- ③ (初回申請または夫婦別居、事実婚の場合) 戸籍謄本
- ④ (過去に助成を受けており、出産後等に初めて申請される場合) 「回数リセット」を証明する書類
- (1) (出産後に申請する場合) 戸籍謄本
- (2) (妊娠 12 週以後の死産の後に申請する場合) 母子健康手帳の写しまたは死産届の写し等

## 申請書記載にあたっての留意事項

### ○ 申請者について

- ・ 申請できるのは、申請日時点で婚姻をしている夫婦であり(事実婚関係にあり重婚でない場合を含む)、夫婦のいずれかが吹田市に住所を有する方に限ります。
- ・ 申請者となる方は、夫婦のうち夫でも妻でもかまいません、いずれかで申請してください。ただし、助成金の振込みができるのは、申請者名の口座のみです。
- ・ 配偶者住所は、申請者と別に住所を有する方に限り記載してください。
- ・ 助成金の決定にあたり、申請内容について不明点があれば申請者に問い合わせをいたしますので、電話番号は日中に連絡が取れやすいものをご記入ください。

### ○ 不妊治療費助成金の支給の有無について

- ・ 本事業と同様の助成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ご記入ください。

### ○ 申請金額について

- ・ 申請金額は、審査の上で決定しますので、空欄のまま提出してください。

※あなたが医療機関で支払った金額の範囲内で、上限30万円または10万円(治療方法CおよびF)が申請金額となります。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更に上限30万円(治療方法Cを除く。)の申請が可能です。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。

### ○ 申請の対象となる治療について

- ・ 全国の都道府県・政令指定都市・中核市の指定医療機関で受けた体外受精・顕微授精のものに限ります。
- ・ 採卵準備のための投薬開始から体外受精又は顕微授精を1回行うまでの一連の過程を上記期間に行った場合が対象になります。
- ・ 夫婦以外のものから精子・卵子等の提供を受けた場合や、代理母出産等は対象となりません。

### ○ 振込口座申出欄について

- ・ 助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。(※配偶者名義のものは使用できません)
- ・ 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、誤りがあつたりします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、一緒に提出してください。

- ・ 「吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金に係る受診等証明書」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。)
- ・ 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。母子保健課にて助成済の印鑑を押した後、振込日の約1週間前に発送する決定通知書に同封して返却します。
- ・ 戸籍謄本(発行日から6か月)は通算2回目以降の申請時は省略できますが、夫婦別居の場合や事実婚の場合は省略できません。

### ○ 申請書に虚偽の記載があつた場合、助成金の返還を求めることがあります。

### ○ 申請窓口は、吹田市健康医療部母子保健課(吹田市出口町19番2号 3階吹田市立保健センター内)となります。

※吹田市保健所、吹田市立保健センター南千里分館では申請を受け付けておりません。

### ○ その他、ご不明な点がございましたら、母子保健課へ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。

吹田市 健康医療部 母子保健課 医療費助成担当
〒564-0072 吹田市出口町 19-2
TEL 06-7220-3796 FAX 06-6339-7075