

高槻市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	ふりがな		生年 月日	昭和 平成											
	氏名	印		年 月 日 (歳)											
	住所	〒 -						電話番号 ()							
配偶者	ふりがな		生年 月日	昭和 平成											
	氏名	印		年 月 日 (歳)											
	住所	〒 -						電話番号 ()							
申請金額	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> <p>(内訳)</p> <p>男性不妊治療分除く 円 ⇒ A,B,D,E ⇒ 15万円まで(初回のみ30万円) C,F ⇒ 7.5万円まで</p> <p>男性不妊治療分 円 ⇒ A,B,D,E,F ⇒ 15万円まで(初回のみ30万円)</p>							金							円
金							円								
振込先口座 (申請者名義)	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	(左詰記入)													

市記入欄

受理日	
承認日	承認・不承認
初めて助成を受けた年齢	40歳未満 ・ 40歳以上

受給者番号	-
所得	730万円以上 ・ 730万円未満
通算助成回数	回目

申請書・同意書の記載にあたって

申請者について

- ・この申請書を利用して申請できるのは、高槻市に住所を有する方に限ります。
- ・申請者は、夫婦のうち夫でも妻でも構いませんが、振込先口座の口座名義人と同一者としてください。

過去の不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の受給状況について

- ・過去の不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の受給状況を、他の地方自治体で受給された分も含めてすべてお書きください。
- ・助成時期は、助成を受けられた年度（4月～翌年3月）で記入してください。

申請金額について

- ・男性不妊治療を除く分は15万円（初回の治療である場合は30万円、採卵を伴わない凍結胚移植及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては7,5万円）が上限です。男性不妊治療をあわせて行った場合（採卵を伴わない凍結胚移植を除く）は、その治療費に対する助成として15万円（初回の治療である場合は30万円）まで助成を受けることができます。治療に要した費用が上限額以上の場合は上限額を数字で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、文書作成料などは対象金額に含めることはできません。

振込口座について

- ・助成金の振込先口座は、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。預金種別は該当のものに○印を、口座名義人のふりがなは正確に記入してください。
- ・記載事項に不明瞭もしくは誤りがあった場合、振込みが遅れることがあります。間違いのないようにご記入ください。

申請に必要な書類について

- ・申請に関しての詳しい説明は、「申請案内」をご覧ください。
- ・この助成金は、限られた公費予算からの支出を行うため、1夫婦あたりの助成回数の上限が決められています。記載内容は正確にお書きください。
- ・同意書（様式第1号の2）は、内容及び裏面の説明書をよくお読みのうえご記入ください。
- ・受診等証明書（様式第2号）は、指定医療機関の主治医等に記入してもらってください。文書作成手数料は医療機関規定の費用が必要です。無料で交付されるものではありません。
- ・領収書は、原本を提出してください。原本が必要な方は、お申し出により、原本照合のうえお返しします。
- ・1月1日（1～5月の申請は前年の1月1日）以降に高槻市に転入された方は、夫婦それぞれの前年（1～5月の申請は前々年）の所得を証明する書類の添付が必要です。お手数ですが所得額及び控除額の証明書（住民税課税証明書または住民税決定通知書）をご用意ください。（源泉徴収票は医療費控除などが反映されていませんので不可とします。）

申請方法・期限について

- ・治療終了後、受診等証明書に治療を受けた指定医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類をすべて添付し、子ども保健課まで申請してください。（※簡易書留での郵送も可とします。）
- ・申請期限は原則として、治療が終了した日（妊娠しているかどうかを確認した日又は医師の判断によりやむを得ず治療を中止した日）の属する年度内（4月から翌3月まで）とします。ただし、年度末に治療が終了した場合は、治療が終了した日から14日以内までを申請期限とします。

その他、ご不明な点は子ども保健課（TEL 072-648-3272）までお問い合わせください。