

## 守口市不妊検査・治療費助成金 交付申請書

守口市長 様

令和 **3** 年度中に負担した不妊検査・治療費助成金について、「守口市不妊検査・治療費助成金交付要綱第5条」に基づき、関係書類を添えて、助成金の交付を下記のとおり申請します。

1 申請者	ふりがな	もりぐち たろう			
	氏名	守口 太郎			
	生年月日	1987	4	1 (35歳)	
現住所	〒 570 - XXXX				
	守口市 XXXX町6丁目99番2-1221号				
電話番号	090-XXXX-XXXX				
2 配偶者	ふりがな	もりぐち はなこ			
	氏名	守口 花子			
	生年月日	1988	9	1 (33歳)	
現住所 (該当項目✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同一住所同一世帯	<input type="checkbox"/> 申請者と同一住所別世帯 <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 (右に住所を記入)			
電話番号	080-XXXX-XXXX				
3 申請事由 (該当項目✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 検査・治療を終了した				
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療を開始した (開始日 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 次年度も治療を継続する				
4 検査・治療期間 ※【様式1】項番2の内容と同じ	夫	令和3	年 8 月 1 日 から	令和4	年 2 月 5 日 まで
	妻	令和3	年 4 月 1 日 から	令和4	年 3 月 31 日 まで
5 申請期限	■:今年度中に治療を終了された方は、上の【検査・治療期間】の終了日のうち、夫婦いずれかの一番遅い日付の翌日から数えて6か月後、あるいは特定不妊治療を開始した日の翌日から数えて6か月後です。 (例:令和3年12月31日終了⇒令和4年7月1日(令和4年1月1日の6か月後)) 次年度も治療を継続される方は、一律次年度の9月末日です。				
	令和4	年 10 月 1 日	*****		
6 申請金額 ※複数の医療機関分を申請する際は、全医療機関等分の総額を対象金額欄に記入	対象金額 ※【様式1】項番6右端 項番8右端の合計額	対象金額の半額 ※小数点以下まで記入 100円未満 切り捨て ⇒		申請金額 (最大 50,000 円)	
	139,900 円	$\times \frac{1}{2} = 69,950$		50000 円	

【申請者の方へ】申請書作成に関する諸注意

- 記入項目  
上の太枠内の項目を全て記入してください。
- 添付書類について  
**必須:【様式1 守口市不妊検査・治療費助成金申請に係る証明書】**  
※複数の医療機関(院外処方取扱薬局等を含む)分を申請する場合は、申請する全ての医療機関等に作成を依頼してください。  
場合により必要: 特定不妊治療を受ける病院が一般不妊治療の時と違う ⇒ 【様式4 特定不妊治療開始の証明書】  
婚姻しているが、住民票上別世帯あるいは別住所である ⇒ 【婚姻関係の分かるもの(戸籍謄本・戸籍抄本)】
- 年齢欄について  
提出日時点の年齢を記入してください

## 守口市不妊検査・治療費助成金申請に係る証明書

守口市長 様

所在地 守口市京阪本通2丁目5番5号 代表者名 もり吉

医療機関等 名称 医療法人 守口会 もり吉クリニック 電話番号 06-6992-1221

当医療機関で、令和 **3** 年度中に実施した不妊検査・治療について、下記のとおり証明します。

1 証明事項 (該当事項に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 検査・治療を終了した (特定不妊治療への移行等による転院・市外転居・年齢制限超過による申請の場合も含む)		
2 検査・治療を受けた者とその期間	氏名	守口 太郎	生年月日 1987 年 4 月 1 日
	期間	令和3 年 8 月 1 日 から 令和4 年 2 月 5 日 まで	
3 実施した検査 (該当事項に✓)	氏名	守口 花子	生年月日 1988 年 9 月 1 日
	期間	令和3 年 4 月 1 日 から 令和4 年 3 月 31 日 まで	
4 実施した治療 (該当事項に✓)	女性側の検査	男性側の検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査(末梢・生化学等) <input checked="" type="checkbox"/> クラミジア検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input checked="" type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 月経血培養検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 精管精囊造影検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
5 検査・治療に関する特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> タイミング療法 <input checked="" type="checkbox"/> ホルモン療法 <input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 (第三者提供精子によるものは除く) 院外処方 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
6 検査・治療に係る費用 (患者負担額)	総負担額【A】	対象外費用【B】 (ある場合は項番7も記入)	対象金額【A】-【B】
	132,000 円	1,000 円	131,000 円
7 対象外費用【B】内訳 (記入欄不足時別紙(任意様式)にて提出可)	診療日	令和4 年 1 月 5 日	内容
	負担額	500 円	メンズルーム使用料
8 院外処方取扱薬局等証明欄 (薬局等作成)	所在地	守口市京阪本通2丁目2番5号	代表者名
	名称	守口駅前ファーマシー	電話番号
本証明書に記載された検査・治療期間にて、証明書作成医療機関が発行した不妊治療に関する処方箋に基づき、下記のとおり医薬品を調剤・販売したことを証明します。			患者負担額 8,900 円

書き写してください

様式1の該当項目の合算額を記入