

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 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			生年月日			(歳)
	氏名			年 月 日			
	現住所	〒 570 - 守口市					
	電話番号						
2 配偶者	ふりがな			生年月日			(歳)
	氏名			年 月 日			
	現住所 (該当項目✓)	<input 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 守口市 <input type="checkbox"/> (右に住所を記入)				
	電話番号						
3 申請事由 (該当項目✓)	<input 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・年齢制限超過等による申請の場合もこれに含ます				
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療を開始した (開始日 年 月 日)		■: 本事由により助成金の交付申請をする方で、一般不妊治療をしていた病院と違う病院で治療を開始された場合は、【様式4 特定不妊治療開始の証明書】の提出が必要です				
	<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	■: 複数の医療機関分を申請する際は、各機関の証明から最も早い始期・遅い終期をそれぞれ転記してください						
	夫	年 月 日から		年 月 日まで			
	妻	年 月 日から		年 月 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、夫婦いずれかの一歩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。						
	年 月 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)	
	円 × $\frac{1}{2}$ =		円		⇒		00 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 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 年 4 月 1 日 (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 年 9 月 1 日 (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 守口市 (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		■: 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これに含まれます	
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療を開始した (開始日 年 月 日)		■: 本事由により助成金の交付申請をする方で、一般不妊治療をしていた病院と違う病院で治療を開始された場合は、【様式4 特定不妊治療開始の証明書】の提出が必要です	
	<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 円	⇒	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
提出日時時点の年齢を記入してください

様式1(※医療機関作成)

証明日 年 月 日

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

りも守医
ニリ口療
ッ吉会
スクス

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)		
	<input type="checkbox"/> 当院で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
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"/> 卵管通気通水検査 <input 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"/> 尿管粘液検査 <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
	診療日	令和4 年 2 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
	薬局等名称	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。		証明日 令和4 年 4 月 1 日
	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