

不妊治療支援事業申請書

年 月 日

小城市長 様

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

この申請書の記載事項に相違ありません。

助成対象となった不妊治療に関して実施医療機関に照会することについて同意します。

申請者	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
住所	〒	〒
電話番号		
不妊治療に要した費用	※受診等証明書に記載された金額と同額であること。 _____ 円	
小城市における 過去の助成実績	1回目	年 月
	2回目	年 月
	3回目	年 月
	4回目	年 月
	5回目	年 月

添付書類 ※ 該当する番号を○で囲んでください。

- 1 不妊治療支援事業に係る受診等証明書(様式第2号)
- 2 不妊治療支援事業助成金請求書(様式第3号)
- 3 住民票謄本(続柄及び本籍の記載のあるもの)
- 4 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書
- 5 その他()

※ お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、不妊治療支援事業申請のために使用します。

上記の場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

(担当課受理日)

申請書記入の注意事項

- 1 夫及び妻双方の合意に基づき、連名で申請してください。助成金の交付は、戸籍法の規定による婚姻の届出をされている夫婦の方、事実婚関係にある夫婦を対象としています。
- 2 **治療が終了した日において、夫及び妻の両者が、1年以上小城市内に住民登録していることが必要です。**
- 3 助成の対象となる不妊治療費は、配偶者間で行った、生殖補助医療で健康保険が適用されない不妊治療で、**社団法人日本産科婦人科学会に登録されている医療機関で行った治療**です。(医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合についても助成の対象とします。)
- 4 助成金の額の上限は、1年度(4月から3月まで:申請日基準)あたり、医療機関に支払われた不妊治療費の額(医療機関が証明した額)と10万円とを比較して少ない方の額です。ただし、別表の治療内容C又はFについては5万円を上限とします。1回目の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満で、申請は1年度につき2回まで、通算して5年度までです。ただし、**助成回数は通算して6回を限度とします。**
- 5 助成金の申請は、治療が終了した日の属する年度内(**3月末日まで**)に行ってください。ただし、2月1日～3月31日に終了した治療に限り、翌年度4月末日まで申請が可能です。
- 6 助成金の申請は、この申請書に、不妊治療費を医療機関に支払われる際、医療機関から受けた証明書(受診等証明書)と領収書、請求書と次の関係書類を添えて健康増進課に提出してください。このとき、申請される方の**印鑑**、振込みを希望する**預金通帳**又はその写しを持参してください。(口座名義人や口座番号の確認のため)
ただし振り込み希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。
- 7 **医療費控除の申請に決定通知書が必要な場合**、早めに申請していただきますようお願いいたします。

種 別	添 付 書 類
夫及び妻が日本国籍を有し、かつ同一世帯に属する場合	夫又は妻が世帯主の場合 ・住民票謄本(続柄、本籍の記載のあるもの)
	夫又は妻のいずれも世帯主でない場合 ・住民票謄本(続柄、本籍の記載のあるもの) ・戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書 (配偶者の兄弟姉妹が同居している等の理由で、上記住民票謄本では夫婦であることが確認できない場合のみ)
夫及び妻が日本国籍を有し、かつ、別世帯に属する場合	・夫及び妻の住民票抄本 ・戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書
夫又は妻のいずれか一方が外国人である場合	・住民票謄本(続柄、本籍の記載のあるもの) ・日本国籍を持つ配偶者の戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書(上記住民票謄本では夫婦であることが確認できない場合のみ)
夫及び妻が外国人である場合	・住民票謄本(続柄、本籍の記載のあるもの)
事実婚関係にある夫婦である場合	・事実婚関係に関する申立書

※上記書類は交付日から3か月以内のものを有効とします。

※詳細については健康増進課母子保健係までお問い合わせください。電話 37-6106