

八尾市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

八尾市長 様

令和 年 月 日

必要書類を添えて、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。
- ・本申請書記載の「他の自治体での本事業の受給の状況」について、助成の適正を判断するために必要な場合は、八尾市が他の自治体へ照会することについて同意します。
- ・本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳の情報を閲覧・利用することに同意します。

夫氏名 _____ 妻氏名 _____ (それぞれ自署のこと)

注) 太枠の中をご記入ください。

申請者に○を付けてください。 ↓		(ふりがな) 氏 名		生年月日及び年齢																									
氏名及び住所	夫	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)																									
	妻	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)																									
	夫住所	〒		電話番号 ()																									
	妻住所	〒		電話番号 ()																									
助成回数リセットの確認 <u>①該当する</u> <u>②該当しない</u> ①の場合以下も記入すること。 1. 助成制度を利用して出産 子の氏名 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日 2. 妊娠12週以降に死産																													
他の自治体での本事業の受給の状況 1. <u>八尾市以外</u> 、都道府県、政令指定都市及び中核市での本事業の受給の有無 <u>①あり</u> <u>②なし</u> 2. 1. で“①あり”の場合は、下表に記入すること。																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">都道府県・政令指定都市・中核市名</th> <th style="width: 20%;">受給年度</th> <th style="width: 15%;">受給回数</th> <th style="width: 35%;">受給金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>平成・令和 年度</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>平成・令和 年度</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>平成・令和 年度</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>平成・令和 年度</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>平成・令和 年度</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </tbody> </table>						都道府県・政令指定都市・中核市名	受給年度	受給回数	受給金額		平成・令和 年度	回	円		平成・令和 年度	回	円		平成・令和 年度	回	円		平成・令和 年度	回	円		平成・令和 年度	回	円
都道府県・政令指定都市・中核市名	受給年度	受給回数	受給金額																										
	平成・令和 年度	回	円																										
	平成・令和 年度	回	円																										
	平成・令和 年度	回	円																										
	平成・令和 年度	回	円																										
	平成・令和 年度	回	円																										
金額申請	(内訳) { <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">男性不妊治療分除く</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">男性不妊治療分</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> }					合計	円	男性不妊治療分除く	円	男性不妊治療分	円																		
合計	円																												
男性不妊治療分除く	円																												
男性不妊治療分	円																												
振込口座申出欄 (申請者の口座に限ります。)	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 ※申請者の口座に限ります。		()																								
	口座番号				左詰で記入してください。																								
申請受付印欄	申請受付者		申請者番号 (連番)																										

申請書記入にあたっての留意事項

- 申請者について
 - ・ この申請書を利用して申請できるのは、八尾市内に住所を有する方に限ります。
 - ・ 申請者となる方は、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、申請者の口座のみです（下記「振込口座申出欄について」参照）。
 - ・ 同意欄は、夫・妻それぞれが自署してください。
 - ・ 妻の住所は、夫と別に住所を有する場合は記入してください。
- 助成回数のリセットについて
 - ・ 過去に、本事業の助成を受けた後、出産が確認できた場合（自然妊娠や自費による不妊治療による出産も対象）は、これまで受けた助成回数をリセットすることができます（妊娠12週以降に死産に至った場合も含む）。
- 他の自治体での本事業の受給の有無について
 - ・ 他の地方自治体で実施する、本事業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。ただし、八尾市以外の一部の自治体において実施している自治体独自の助成事業については、「あり」の対象ではありません。
- 申請金額について
 - ・ 申請金額は、指定医療機関で支払った金額の範囲内かつ30万円（治療方法CおよびFは10万円）が、男性不妊治療をあわせて行った場合（治療方法Cを除く）はその治療費として30万円が上限です。それぞれ上限額の範囲内で正確に記入してください。ただし、入院した場合の入院費・食事代、胚などの凍結にかかる管理料（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。
- 申請の対象外となる治療について
 - ・ 体外受精または顕微授精を行うために治療を開始したものの、卵胞が発育しないなどの理由により採卵を行わずに治療を中止した場合は、この助成の対象にはなりません（採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、または状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合を除く）。
- 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（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、口座名義人のふりがなは必ず記入してください。記入に誤りがあると振込みが遅れる場合がありますので、誤り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（「特定不妊治療費助成事業の利用の手引き」参照）。
 - ・ 「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。医療費の還付申告等で原本が必要であれば、原本照合の上返却します。
- 申請書に虚偽の記載があった場合、助成金の返還を求めることがあります。
- 申請先は、八尾市保健所保健予防課です。
- その他、ご不明な点がございましたら、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。

<申請先・問い合わせ先> 八尾市保健所 保健予防課
〒581-0006 大阪府八尾市清水町一丁目2-5
電話 072-994-6644