

(年度末は申請が集中するため、通常よりお時間をいただく場合があります。申請は治療終了後、お早めに行ってください)

様式第1号

大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

大阪府知事様

申請年月日 年 月 日

関係書類を添えて、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「本事業の受給の有無」について、助成の適正を判断するために必要な場合は、大阪府が他の自治体へ照会することについて同意します。

注) 太枠の中をご記入ください。

夫または妻のどちらかに
○を入れてください。

		(ふりがな) 氏名		昭和 平成 年 月 日生 (歳)		申請者
夫 氏名		()				上記のうち、 申請者と するものに ○をつけて ください。
<p>受診等証明書の治療方法がA・B・D・E・Nの場合は15万円、C・Fの場合は7万5千円が上限になります。A・B・D・E・Nで、治療費が15万円以上の場合は150,000、15万円未満の場合はその金額を、C・Fで、治療費が7万5千円以上の場合は75,000、7万5千円未満の場合はその金額を記載します。なお、申請が初回の治療であり、なおかつ治療方法がA・B・D・Eの場合、男性不妊治療分除く上限額は30万円、男性不妊治療をあわせて実施した場合、男性不妊治療分の上限額は15万円(初回治療であれば30万円)となり、合算した額を合計欄に記載します。内訳の記載も必ず確認してください。(0でも0の記載が必要です)</p>						
<p>本事業の受給の有無</p> <p>(男性不妊治療分除く) <input checked="" type="radio"/>あり ・ <input type="radio"/>なし → 過去 () 回 助成を受けた時期及び回数: H・R 年度 (回)、自治体名: _____</p> <p>(男性不妊治療分) <input checked="" type="radio"/>あり ・ <input type="radio"/>なし → 過去 () 回受給した 助成を受けた時期及び回数: H・R 年度 (回)、自治体名: _____ 市 助成を受けた時期及び回数: H・R 年度 (回)、自治体名: _____ 市</p>						
<p>必ず記載を確認してください。</p>						
金申 額請		合計		金 円		
(内訳)		男性不妊治療分除く		金 円		
		男性不妊治療分		金 円		
(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。				
通知方法	<input checked="" type="checkbox"/> 普通郵便による郵送を希望 <input type="checkbox"/> 保健所留置(保健所で受領) [希 普通郵便による郵送で、申請者住所と異なる送付先を希望する場合、以下に 〒 _____ 宛 理由: _____					
申請受付保健所 日付印押印欄		受付保健所名 及 び 原本照合確認欄		府庁地域保健課 収 受 欄		

○を付けた方と口座名義
人は同じ方になります。

結果通知についての受領方法について
選択してください。原則、申請者住所へ
の郵送です。保健所留置きや別住所へ
の送付も可能ですが、その際は合わせ
て理由を御記入ください。

(添付書類) ①大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 ②夫婦の居住地を証する書類 ③夫婦であることを証する書類 ④治療開始時の婚姻等が確認できる書類 ⑤特定不妊治療に要した費用の領収書

裏面参照 ⑥申請者の振込口座の通帳等のコピー ⑦夫及び妻の所得額を証する書類(令和3年4月1日以降の治療終了分から添付不要)