

(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 |
| 氏申 | 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30万円、C・Fの場合は10万円が上限になります。A・B・D・E・Nで、治療費が30万円以上の場合は300,000、30万円未満の場合はその金額を、C・Fで、治療費が10万円以上の場合は100,000、10万円未満の場合はその金額を記載します。なお、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</p> | | | | | | |
| <p>必ず記載を確認してください。</p> | | | | | | |
| 金申 額請 | (内訳) | | 合計 | 金 | 円 | |
| | | | 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 理由: _____ 宛 | | | | | |
| 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 | 原本照合済 <input checked="" type="checkbox"/> | 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)