様式第１号

**大阪府不育症検査費用助成事業申請書**

大 阪 府 知 事 様

申請年月日　　　　　年　　月　　日

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用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。**

**・裏面「申請書記載にあたっての留意事項」を確認しました。**

注）太枠の中をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | （ふりがな）  氏　　　　名 | | | | | | | 生年月日及び年齢 | | |
|  | 申請者 | | | （　　　　　　　　　　） | | | | | | | 昭和  平成　 　　年　　月　　日生 ( 　歳) | | |
| 住　所 | | | 〒  １回の対象検査に係る検査費用につき５万円までとなります  ※診察料、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の検査に直接関係ない費用は対象外  検査を受けられた方のお名前を記載してください  自宅  携帯  電話番号　　　　　　(　　　) | | | | | | | | | |
| **申請金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　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。  検査を受けられた方のお名前を記載してください | |
| 通知方法 | | 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、以下に送付先住所及び理由を記入してください。  〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛先  理由： | | | | | | | | | | | |
| 府庁地域保健課  収 受 欄 | | |  | | | |

(添付書類) ①大阪府不育症検査費用助成検査受検証明書　　②申請者の居住地を証する書類

③不育症検査に要した費用の領収書　　　　　　④申請者の振込口座の通帳等のコピー

（裏面「申請書記載にあたっての留意事項」を参照してください。）

申請書記載にあたっての留意事項

〇　申請者について

* この申請書を利用して申請できるのは、検査実施日時点で大阪府（大阪市、堺市、豊中市、吹田市、高槻市、枚方市、八尾市、寝屋川市及び東大阪市を除く）に住所を有する方に限ります。

〇　申請金額について

・　申請金額は、あなたが医療機関で支払った１回の検査に係る費用の７割に相当する額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）で、６万円が上限です。それぞれ上限額の範囲内でアラビア数字（例：６万円→60,000円）により正確に記入してください。

〇　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載してください。記入が不正確だったり、誤りがあったりしますと振込みが遅れる場合がありますので間違いがないように注意してください。

〇　通知方法欄について

* 通知書の受け取り方法について記載してください。郵送での送付を希望し、申請者住所以外への郵送を希望する際は、希望する送付先住所及び理由等を記入してください。

〇　添付書類は原則、一緒に提出してください。

* 「①大阪府不育症検査費用助成検査受検証明書」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。（文書作成時には、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。）
* 「②申請者の居住地を証する書類」とは、住民票等（発行日から６か月以内のもの）です。

・　「③不育症検査に要した費用の領収書」について、医療費控除等の関係で原本が必要な方は、お申出くださ

れば、手続き終了後返却することが可能です。下記提出先までご連絡ください。

〇　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。

〇　「不育症検査費用助成受検証明書」に記載の検査結果等については、個人が特定されない形で国に提出し、

国がその情報について集約・分析等を行い、施策の検討に活用することに同意の上、申請してください。

〇　下記のあて先に郵送で申請してください。申請日は消印日とします。差出し、配達の記録の残る簡易書留等

の利用をお勧めします。

【提出先】〒540-8570　大阪市中央区大手前２丁目　大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ　　　不育症検査費用助成担当あて

・　その他、ご不明な点がございましたら、大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ不育症検査費用助成担当（電話06-6941-0351　内線2545）までお問い合わせください。