

丹波市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

- 1 下記のとおり関係書類を添えて不育症治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で住民票及び市税の納付状況の確認並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。
- 3 市は、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。市が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することに同意します。

申請者	夫	ふりがな 氏名 生年月日 S・H 年 月 日 (歳)	(※1) 印	電話番号 メールアドレス
	妻	ふりがな 氏名 生年月日 S・H 年 月 日 (歳)	(※1) 印	電話番号 メールアドレス
住所	〒			
住所 (※2)	〒			
申請額 (※3)	金	円	前回の申請	初回 ・ 年 月

振込先(申請者のうちのどちらかの個人名義であること) (※4)

金融機名	銀行 ・ 金庫 信用組合 ・ 農協		本店・支店 出張所
種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

注 申請日及び太枠の中を記入してください。

※1 電話番号、メールアドレス(ある場合)を記入いただくことで、請求印を省略することができます。
但し、請求印のない場合は、一切の訂正は不可とします。
押印される場合は、夫婦別々の印鑑をご使用ください。

※2 夫婦の住所が異なる場合にご記入ください。

※3 申請額は助成対象となる経費に助成割合を乗じた額(合計額)とし、上限10万円です。

※4 丹波市に住所を有している申請者名義の口座に限ります。
この申請書兼請求書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込に同意したものとみなします。

.....市記入欄.....

申請受理年月日	令和 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	令和 年 月 日
---------	----------	-------------------	----------

裏面もご覧ください

(添付書類)

- 丹波市不育症治療費助成事業受診等証明書（医療機関用）
- 丹波市不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）（医療機関外処方がある場合のみ）
- 医療機関や薬局が発行した領収書等の原本
- 戸籍謄本又は抄本（夫婦の住所が異なる場合又は事実婚の場合のみ）
- 事実婚に関する申立書（事実婚のみ）
- 振込口座が確認できるもの（通帳等）

（＊2週間以内に市民課又は支所で発行されたもの）

夫婦の住所が異なる場合又は事実婚の場合	証明書類
夫及び妻が日本国籍を有する場合	戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）または戸籍抄本（戸籍個人事項証明書）、夫婦両方を載せたもの
夫又は妻のいずれか一方が外国籍を有する場合	日本国籍を有する者の戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）、夫婦両方を載せたもの
夫及び妻が外国籍を有する場合	婚姻していることを証明する書類（和訳付）

・戸籍謄本又は抄本取得の際、夫婦であることを証明するための書類が必要であることを窓口へお伝えください。



<不育症治療費助成事業 Q & A >

Q 1 : 治療途中で丹波市に引っ越してきました。転入前に受けた治療も助成対象となりますか。

A 1 : 対象となりません。ご了承ください。

Q 2 : 年度を越えて検査・治療を継続しました。申請方法を教えてください。

A 2 : 治療が終了していなくても、それぞれの年度で申請ください。なお受診等証明書についても各年度で1枚ずつ必要となります。

Q 3 : 1年の間に複数回、検査・治療しました。申請方法を教えてください。

A 3 : 申請回数は年度ごとに1回です。

治療計画について医師とも相談され、まとめて1回、3月31日までに申請ください。

Q 4 : 院外処方で医療機関、薬局が複数の場合、受診等証明書はそれぞれで必要ですか。

A 4 : お尋ねのとおりです。

医師が薬局分もあわせて記入いただける場合は、医療機関用1枚でもかまいません。

【お問い合わせ先（申請書提出先）】

丹波市氷上町石生 2059 番地 5（丹波市健康センターミルネ 2階）

丹波市福祉部 こども福祉課 ☎0795-88-5750 ※電話番号のおかけ間違いにご注意ください。