

大崎市不妊検査費助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

また、大崎市が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな		昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)	(歳)
	現住所	〒() 電話 ()				
配偶者	ふりがな		昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)	(歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()				
申請額	金	円 (助成上限額:30,000円)				
大崎市長 様						
年 月 日						
申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)						
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()	本・支店名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人(申請者)			
	口座番号					(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 □ 法律婚 □ 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) □ 過去に他の地方公共団体及び大崎市においてこの助成を受けたことがない □ 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び大崎市の他の事業による助成を受けていない □ 夫と妻の両方が検査を受けた					

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	☑
1	大崎市不妊検査費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号) ※夫婦が別の医療機関を受診した場合は申請者の受診等証明書と配偶者が受けた検査医療機関が発行する対象検査の領収書及び明細書の原本	□
2	申請者の住民票の確認(住基)	□
3	配偶者の住民票の確認(住基), または大崎市に住民票がない場合は運転免許証や保険証などの本人確認書類	□

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

《裏》

【注意事項】

助成申請(回数)は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。

- ※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算してください。
夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚に記入してください。
- ※2 助成対象期間は、検査開始日から原則1年間です。
夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。
＜例＞「夫:令和5年11月10日検査 妻:令和6年4月5日検査」の場合
助成対象期間:令和5年11月10日から令和6年4月5日まで
- ※3 申請期限は、「検査終了日」又は「検査開始日から1年を経過した日」のどちらか早い日が属する年度の末日(3月31日)です。
- ※4 助成金承認決定(不承認決定)通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先 問い合わせ先】

〒989-6188

大崎市古川七日町1番1号

大崎市民生部健康推進課母子保健担当

TEL:0229-23-2215 FAX:0229-23-9880