

東近江市不育症治療費助成金交付申請書

東近江市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

	（ふりがな） 氏 名	生 年 月 日	加入医療保険
夫	ひがしおうみ たろう 東近江 太郎	○×年△月□日 （○○歳）	○△×保険
妻	ひがしおうみ はなこ 東近江 花子	○×年△月□日 （○○歳）	○△×保険
住所（※1）	ご夫婦の住所を記入してください 電話 012（ 345 ） 6789		
住所（※2）	単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所がある場合に記入してください。 電話 （ ）		
1 今年度、東近江市不育症治療費の助成金を受けていますか（いずれかに○）。 受けていない・受けている→助成を受けた額（保険適用内 円）（保険適用外 円） 2 今回の助成対象となる検査費用について滋賀県に申請しましたか（いずれかに○）。 申請していない・申請した→申請結果（ 承認 ・ 不承認 ） *承認・不承認が分かる書類を添付してください。			
申請者氏名 （夫及び妻が 自署又は記名押印） 東近江 太郎 東近江 花子 申請額 ① 円（保険適用内） ② 円（保険適用外） （1年度当たり5万円上限） （1年度当たり10万円上限） この助成金は、1夫婦当たりの交付額の上限が決められています。助成の適否を判断するために必要な場合は、本市以外の自治体に対して本申請に係る情報の照会及び提供並びに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。 ○○年○月○日 東近江市長 様			
振 込 先 （※3）	金融機関名	銀行・信用金庫・農協	
	預金種別	普通・当座	振込先の口座情報を御記入ください。
	口座番号	口座名義人	
申請受理年月日		（交付・不交付）決定年月日	
受給者番号			

他市町及び県の助成状況に
○をしてください。

（注）太枠の中を記入してください。

※1欄は、夫婦の住所を記入してください。

※2欄は、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

※3欄は、夫婦いずれかの名義の口座とし、貯蓄口座は除きます。

私たちは、東近江市不育症治療費助成金交付要綱の助成金交付要件確認のため、東近江市の職員が市税等に関する公簿を閲覧することに同意します。

夫 東近江 太郎

妻 東近江 花子

「不育症治療等実施医療機関証明書」の「保険診療」及び「保険診療外」の本人負担額を基に記入してください。

①の記入例：保険診療の検査本人負担額：22,500 円 治療本人負担額：30,000 円

$(22,500 + 30,000) \div 1/2 = 26,250$ 千円未満切り捨てのため、26,000 円を記入する。

②の記入例：保険診療外の検査本人負担額：56,500 円

千円未満切り捨てのため、56,000 円を記入する。

不妊治療を行った医療機関様に記入をお願いしてください。

※ご夫婦共に治療を行っている場合は、「夫」「妻」それぞれの「不育症治療等実施医療機関証明書」が必要となります。

様式第2号（第6条関係）

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

医師名

印

受診者氏名			生年月日	年	月	日生
検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
診断名						
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、括弧内に記載してください。 ☐ 免疫異常 () ☐ 内分泌異常 () ☐ 夫婦染色体異常 () ☐ 子宮異常 () ☐ その他 ()					
	保険診療			保険診療外		
検査・治療	検査名 ※① ()	治療 ☐ 薬物療法 () ☐ 手術 () ☐ その他 ()	検査のみ	検査名 ()		
本人負担額	円	円	本人負担額	円		
院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無		出産の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認		

【注意】

御提出された領収書及び明細書と合致しているか確認を行います。

日付と検査名を記入してください。

※入院時の食事代、差額ベッド代（個室代）、文書料、その他直接治療に関係ない費用は対象外のため記載しないでください。

（例）令和8年5月20日

〇〇検査