

## 高槻市不育症治療費助成事業申請書

令和      年      月      日

(あて先) 高槻市長

受給要件(住所、続柄)を住民基本台帳等により確認されることに同意し、  
次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

申請者	ふりがな						生年月日	昭和 平成								
	氏名							年 月 日生 ( 歳)								
	住所	〒 -					電話番号 ( )									
配偶者等	ふりがな						生年月日	昭和 平成								
	氏名							年 月 日生 ( 歳)								
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (〒 - )					電話番号 ( )									
申請金額		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> (上限30万円)						金								円
金								円								
振込先口座(申請者名義)	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		<input type="checkbox"/> 座名義人 (カナで記入)												
	<input type="checkbox"/> 座番号							(左詰記入)								

市記入欄

受理日				
承認日	承認 · 不承認	年	月	日
受付	安満	西部	郵送	

受給者番号	-
助成残額	円

# 申請書の記入にあたって

## 申請者について

- この申請書を利用して申請できるのは、原則、治療期間に高槻市に住所を有する方に限ります。
- 申請者は、夫婦のうち夫でも妻でも構いません。いずれかで申請し、配偶者等の欄も漏れなく記載してください。

## 申請金額について

- 1回の申請金額は、30万円が上限です。30万円未満の場合はその金額を、30万円以上の場合は300,000と数字で正確に記入してください。保険適用外の治療費が対象となりますので、文書作成料などは対象金額に含めることはできません。

## 振込口座について

- 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。  
預金種別は該当のものに○印を、口座名義人は正確に記入してください。
- 記載事項に不明瞭もしくは誤りがあった場合、振込みが遅れることがあります。間違いのないようにご記入ください。

## 申請に必要な書類について

- 申請に関する詳しい説明は、「申請案内」をご覧ください。
- この助成金は、限られた公費予算からの支出を行うため、1夫婦あたりの助成金額の上限が決められています。記載内容は正確にお書きください。
- 受診等証明書（様式第2号）は、医療機関の主治医等に記入してもらってください。  
文書作成手数料は医療機関規定の費用が必要です。無料で交付されるものではありません。
- 領収書は、原本を提出してください。原本が必要な方は、お申し出くだされば原本照合のうえお返しします。

## 申請方法・期限について

- 治療終了後、すみやかに受診等証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類をすべて添付し、子ども保健課まで申請してください。（※簡易書留での郵送も可とします。）
- 申請期限は、治療が終了した日（出産あるいは流産の判定日）から1年以内とします。

その他、ご不明な点は 子ども保健課（TEL 072-648-3272）までお問い合わせください。