様式第１号

不妊検査

大和町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、大和町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　　（　　　　　　　　　歳） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　夫　・　妻　） |
| 現 住 所 | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　）大和町 |
| 配偶者 | ふりがな |  | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　（　　　　　　　　　歳） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　夫　・　妻　） |
| 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：４０，０００円）　 |
| 　大和町長　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和町においてこの助成を受けたことがあるか □　ない　・　□　ある　（ある場合⇒直近に出生したお子様の出生日又は死産となった日を記載）（　　　　　　年　　　　月　　　　日）* 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和町の他の事業による

助成を受けていない* 夫と妻の両方が検査を受けた
 |

≪必ず裏面もご覧ください≫

必要な添付書類及び注意事項について記載しています。

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 大和町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、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本（明細書含む） | □ |
| ２ | 〈夫又は妻が大和町民ではない場合〉大和町民ではない方の住民票の写し（申請日から３か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）（コピー不可） | □ |
| ３ | 〈本助成金の申請が２度目以降の場合〉出産した場合や、１２週以降に死産となった場合は、本検査費用助成に複数回申請することができます。該当する方は、以下の書類を添付ください。・出生を事由としたリセットの申請の場合は子の出生日を証明する書類（戸籍謄本・母子健康手帳の写し等）・死産を事由としたリセットの申請の場合は事実を確認できる書類（死産届の写し・母子健康手帳の写し等） | □ |

　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留意ください。

　【注意事項】

助成申請（回数）は、夫婦１組につき１子ごと１回まで申請可能です。

（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（４０，０００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6年11月10日検査　妻：令和7年4月5日検査」の場合

　　　　　　　　助成対象期間：令和6年11月10日から令和7年4月5日まで

　※３　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】

〒981-3680　大和町吉岡まほろば一丁目1番地の1

「大和町健康推進課母子保健係」宛て

【問合せ先】

　　　　　　大和町健康推進課母子保健係

　　　　　　　　TEL　０２２－３４５－４８５７

　　　　　　　　FAX　０２２－３４５－７２４０

　　　　　　　　kenkou@town.taiwa.miyagi.jp