

大阪市不育症治療支援事業申請書  
(不育症検査費用助成事業申請書)

大阪市長様

\_\_\_\_\_年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、大阪市不育症治療支援事業（不育症検査費用助成）の実施状況に関して実施医療機関に対して照会すること、及び申請にあたって本事業実施要綱を遵守することについて、同意します。

|                          |            |   |  |  |  |                      |  |                   |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--------------------------|------------|---|--|--|--|----------------------|--|-------------------|--|-----|---|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|                          |            | (ふりがな)<br>氏 名   |  |  |  | 生年月日 及び 年齢           |  |                   |  | 備 考 |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 氏名<br>申請者等<br>及び住所       | 申請者<br>氏 名 | ( )   |  |  |  | 昭和<br>平成 年 月 日生 ( 歳) |  |                   |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|                          | 申請者<br>住 所 | 〒   |  |  |  | 電話番号                 |  |                   |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 申請金額                     |            | <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>申請額</td> <td>金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> <p>助成金については、下記の口座に振り込んでください。</p> |  |  |  |                      |  |                   |  |     |   | 申請額 | 金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 申請額                      | 金          |   |  |  |  |                      |  |                   |  |     | 円 |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| ※助成金の振込口座は申請者名義の口座に限ります。 |            |   |  |  |  |                      |  |                   |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 振込<br>口座<br>申出欄          | 金 融<br>機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協  |  |  |  | 支 店・<br>出張所名         |  | 本 店<br>支 店<br>出張所 |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|                          | 預金<br>種別   | 普 通 ・ 当 座   |  |  |  | (フリガナ)<br>口座名義人      |  | ( )               |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|                          | 口座<br>番号   |   |  |  |  |                      |  | ※右づめで記入してください     |  |     |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

注1) 太線の中をご記入下さい。

注2) 記入・申請の際は、必ず「大阪市不育症治療支援事業ホームページ」をご確認ください。

( <https://www.city.osaka.lg.jp/kodomo/page/0000534944.html> )

注3) 訂正は「= (二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。

ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

受付年月日

(添付書類)

- 1. 大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
- 2. 大阪市に住所を有することを証明する書類
- 3. 実施医療機関が発行する領収書

**治療の内容・結果および経過についてへ報告を行うことに関する説明及び同意**

(1) 報告の目的

・検査結果等を厚生労働省が収集、分析等を行い、施策の検討に活用する可能性がありますことをご了承ください。

(2) 報告の内容・方法

・大阪市不育症治療支援事業受診等証明書に記載された内容は、こども家庭庁に統計情報として報告されます。  
・上記報告においては個人名及び病院名の記載はなく統計的に集計されるもので、個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

上記内容に同意して、申請します。

大阪市不育症治療支援事業受診等証明書  
(不育症検査費用助成検査受検証明書)

次の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）を実施し、これにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

及びその名称

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施しています。

（該当することを確認の上、□に✓を入れてください。）

|   |  |      |            |
|---|--|------|------------|
| (ふりがな)<br>受検者氏名                                       | ( )  | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 既往流死産回数   | _____回<br>※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは2回以上の場合）    |      |            |
| 今回の妊娠における<br>不妊治療の有無                                  | 有り（治療期間 年 ヶ月） ・ 無し ・ 不明                      |      |            |
| 今回の妊娠における<br>不育症治療の有無                                 | 有り（治療内容： _____） ・ 無し                         |      |            |
| 実施した先進医療の<br>検査                                       |  |      |            |
| 検査実施日   | 年 月 日  |      |            |
| 検査結果<br>(次世代シーケンサーを<br>用いた流死産絨毛・胎<br>児組織染色体検査の場<br>合) | 所見無し（46, XX 46, XY） ・ 所見有り（内容： _____） ・ 分析不可 |      |            |
| 検査結果<br>(抗ネオセルフβ2<br>グリコプロテインI複合<br>体抗体検査の場合)         | 陽性 ・ 陰性                                      |      |            |
| 領収金額  | （※先進医療の検査費用に限る）<br>_____ 領収金額 _____ 円        |      |            |

様式第3号

大阪市指令こ青第〇〇号  
年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇 様

大阪市長

### 大阪市不育症治療支援事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療支援事業の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

金額 金 円

なお、助成金は、承認決定通知書到着後約30日で振り込む予定です。

承認決定にあたり、次の事項を遵守してください。

- ・大阪市不育症治療支援事業実施要綱の遵守
- ・本通知書を含めて関係書類の5年間の保管



様式第5号

年 月 日

大 阪 市 長

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇

### 大阪市不育症治療支援事業申請取下書

年 月 日付け大指令こ青第 号にて通知のあった不育症治療支援事業  
助成金の交付決定について、大阪市不育症治療支援事業実施要綱第6条第1項の規定により  
申請を取り下げます。

1 承認決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

様式第6号

大阪市指令こ青第〇〇号  
年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇様

大阪市長

## 大阪市不育症治療支援事業承認決定取消書

年 月 日付けにて承認決定しました大阪市不育症治療支援事業  
の助成については、次のとおり取消しすることを決定しましたので通知します。

### 記

1 取消しの内容

---

2 取消しの理由

のため

---