

大阪市長様

年 月 日

なお、大阪府が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、検査状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

		申請者（夫）			申請者（妻）			備 考		
申請者の氏名及び住所	フリガナ	メイン申請者の方に☑ (大阪市に住所を有する方) ↓ ☐			メイン申請者の方に☑ (大阪市に住所を有する方) ↓ ☐			事実婚の方は☑ ☐		
	氏 名							※様式第2号において、婚姻関係の確認が「いいえ」の場合は様式第3号及び戸籍謄本の添付が必要です。		
	生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日	昭和 平成 西暦	年	月	日	
	電話番号	— —			— —					
	メイン申請者の住所	〒 — 大阪市						※助成が承認された場合はメイン申請者の住所に「大阪市不妊検査費助成事業承認決定通知書」を送付します。		
別居の場合の住所	〒 —			別居しているのは (夫 ・ 妻) ※該当する方に○を付けてください。			单身赴任等により夫婦別居の場合のみ記入			
申請状況	以下の確認項目にチェックを入れてください。 ①今回の不妊検査は夫・妻両方とも検査を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ ②今回の検査分の助成金を、別の自治体等で申請していませんか ☐ はい、申請していません ☐ いいえ ※確認項目①②のどちらかに「いいえ」のチェックが入っている場合は助成対象外となり、ご申請いただけません。									
助成対象の検査費用	不妊検査にかかった費用の合計金額	合計						円	※「受診等証明書」に記載された金額を記入 ※複数の医療機関で検査を受けた場合は全ての医療機関での検査費用の合計を記入	
申請金額	上記の金額もしくは5万円 いずれか低い方の金額を記入してください。							円		
振込口座申出欄	※上記で記入した メイン申請者 (夫もしくは妻)の口座を記入してください。									
	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			口座名義 (カタカナ)		※旧姓の口座等に振込を希望される場合は様式第4号の添付が必要です。			
	口座番号							右づめで記入してください		

注2)訂正は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所署名してください。

本市記入欄

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。

注3) 提出された書類を返却することはできません。

注4) 問い合わせが必要な場合には、メイン申請者に連絡します。

(添付書類)

- 1. 大阪市不妊検査費助成事業受診等証明書(様式第2号)
□2. 大阪市に住所を有することを証明する書類(住民票の写し等)(夫婦で住民票が異なる場合、両人の住民票)
□3. 夫婦であることを証する書類(戸籍謄本)
□4. 事実婚関係にある夫婦については、両人の戸籍謄本及び「事実婚関係に関する申立書」(様式第3号)

※上記3及び4については、大阪市不妊検査費助成事業受診等証明書において、婚姻関係の確認が「いいえ」の場合のみ添付が必要です。

- 5. 振込口座についての申立書(様式第4号)※旧姓の口座等に振込みを希望する方のみ

大阪市不妊検査費助成事業受診等証明書

次の者について、大阪市不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施し、これにかかる医療費を下記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

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳) 西暦	昭和 平成 年 月 日 (歳) 西暦
婚姻関係の確認	上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 ☐ はい ☐ いいえ	
	夫	妻
検査開始日	年 月 日	年 月 日
検査終了日	年 月 日	年 月 日
実施した 不妊検査	<u>男性の検査</u> ☐ 精液検査 ☐ 内分泌検査(ホルモン検査等) ☐ 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) ☐ 風しん抗体検査 ☐ その他 ()	<u>女性の検査</u> ☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査(FSH、LH、E2、PRL、P4、T、TSH等) ☐ 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) ☐ 卵管疎通性検査(卵管造影検査など) ☐ 頸管因子検査(頸管粘液検査、フーナーテスト) ☐ 抗ミューラー管ホルモン検査(AMH) ☐ 子宮がん検査 ☐ 風しん抗体検査 ☐ その他 ()
検査に要した 金額 合計	円 領収印	円 領収印

※夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。
異なる医療機関で検査を受けた場合は、各医療機関ごとに用紙を分けて記入してください。

※本証明書への領収印の押印がない場合は、対象の不妊検査を実施した日の領収書を添えて提出してください。
(行政オンラインシステムで申請する場合は、日付と領収印が鮮明に写るように領収書を撮影・添付してください。)

年 月 日

大 阪 市 長 様

事実婚関係に関する申立書

下記2名については、事実婚関係にあります。

【大阪市不妊検査費助成事業申請者】

① 夫の住所・氏名

住所

氏名

② 妻の住所・氏名

住所

氏名

様式第4号-不妊検査

年 月 日

大 阪 市 長 様

住所 〒 —

大阪市

氏名

振込口座についての申立書

申請者_____と、銀行口座名義人_____は、
同一人物であることを申立てます。

なお、この申立書に虚偽があった場合は、速やかに振り込みされた
「大阪市不妊検査費助成事業」の助成金を返金します。

〒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

大阪市不妊検査費助成事業承認決定通知書

令和〇年〇月〇日付けで申請のあった、大阪市不妊検査費助成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

助成金は、承認決定通知書到着後30日程度を目安に振り込む予定です。

なお、大阪市不妊検査費助成事業実施要綱第10条第2項に規定する申請の取下げについては、本決定通知書を受けた日の翌日から起算して10日とします。

また、医療費控除や他の自治体への申請等に際し、本決定通知が必要となる場合がありますので、大切に保管してください。

〒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

大阪市不妊検査費助成事業不承認決定通知書

令和〇年〇月〇日付けで申請のあった、大阪市不妊検査費助成事業の助成について、
次の理由により不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由： _____ のため

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

大阪市不妊検査費助成事業申請取下書

令和〇年〇月〇日付け大阪市指令こ青第〇号にて通知のあった大阪市不妊検査費助成事業の承認決定について、大阪市不妊検査費助成事業実施要綱第10条第1項の規定により申請を取り下げます。

- 1 大阪市不妊検査費助成事業承認決定通知書を受け取った日 年 月 日
- 2 取下げの理由

〒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

大阪市不妊検査費助成事業承認決定取消書

令和〇年〇月〇日付け大阪市指令こ青第〇号にて通知のあった大阪市不妊検査費助成事業の助成については、次のとおり取り消す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