

--

### 大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

大阪市長様

年 月 日

申請にあたって本事業実施要綱を遵守し、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成金を申請します。

なお、大阪市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、治療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) ↓ <input type="checkbox"/>	メイン申請者の方に☑ (大阪市に住所を有する方) ↓ <input type="checkbox"/>							
	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	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		※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。						
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。		※単身赴任等により夫婦別居の場合のみ記入							
申請状況	<p>① 大阪市内で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか</p> <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。 ⇒ <input type="checkbox"/> 今回の申請は、前回から引き続いて通算(                      )回目 ⇒ <input type="checkbox"/> 今回の申請は、前回の申請後に妊娠・出産を経て保険適用回数リセットされたため、通算 1 回目 <p>② 今回の治療分の助成金を、別の自治体等で申請していますか</p> <input type="checkbox"/> いいえ、申請していません <input type="checkbox"/> はい、すでに申請済みです									
助成対象の治療金額	<p>1回の治療につき、先進医療部分のみに かかった治療金額                      合計</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">円</p>									※「受診等証明書」に記載された金額を記入
申請金額	<p>上記の金額に10分の7(0.7)を乗じた額(1円未満切り捨て)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。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">円</p>									
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1) 太線の中をご記入下さい。  
 注2) 訂正は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所署名してください。  
     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。

本市記入欄

--

- (添付書類)
- 1. 大阪市特定不妊治療費(先進医療)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「事実婚関係等に関する申立書」(様式第3号)※
- ※上記3及び4については、大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書(様式第2号)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
- 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

## 大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)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	初回の保険診療実施前に、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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																														
	今回の治療について																																														
治療期間	治療開始年月日 治療終了年月日 年 月 日 ~ 年 月 日																																														
保険診療について	今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 右記の治療回数を記入 → <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 助成対象外です。	保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目																																													
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 _____ 円	●うち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった治療金額 ⇒ _____ 円 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 50px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;">領収印</div>																																													
実施した治療等	<p>今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、実施日・治療金額を記載してください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">●先進医療の治療・技術名</th> <th style="text-align: left;">実施年月日／実施開始年月日</th> <th style="text-align: left;">治療金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMS)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>		●先進医療の治療・技術名	実施年月日／実施開始年月日	治療金額	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMS)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日	円
●先進医療の治療・技術名	実施年月日／実施開始年月日	治療金額																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMS)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/>	<p>当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施保険医療機関として届出を行い承認を得ています。</p>																																														

※本証明書への領収印の押印がない場合は、先進医療の治療・技術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

## 事実婚関係等に関する申立書

下記2名については、事実婚関係にあります。

### 【大阪市特定不妊治療費(先進医療)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

---

治療の結果、妊娠、出産に至った場合、出生した子について認知します。

### 【大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請者】

#### ① 夫の氏名

氏名

---

#### ① 妻の氏名

氏名

---

様式第4号-先進医療

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  
「大阪市特定不妊治療費（先進医療）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

## 大阪市特定不妊治療費(先進医療)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、大阪市特定不妊治療費(先進医療)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

## 大阪市特定不妊治療費(先進医療)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特定不妊治療費(先進医療)事業の承認決定について  
大阪市特定不妊治療費(先進医療)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. 大阪市特定不妊治療費(先進医療)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

## 大阪市特定不妊治療費(先進医療)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承認決定した大阪市特定不妊治療費(先進医療)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

---