

--

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、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	事実婚の方は <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	↓ <input type="checkbox"/>	↓ <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	- -	- -	
	住所	〒 - 大阪市		
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	① 大阪府で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか <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。 ⇒ 今回の申請は通算()回目 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 <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	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 円			※「受診等証明書」に 記載された金額を記入
申請金額	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。			円
振込口座 欄 ※上記で記入した 申請者(夫もしくは 妻)の口座	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)
	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。

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. 大阪府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	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)																																													
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 年 月 日 ~	治療終了年月日 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、先進医療部分のみにかかった治療金額 ⇒ _____ 円 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; 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: center;">実施年月日／実施開始年月日</th> <th style="text-align: right;">治療金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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(IMSI)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">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(IMSI)	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(IMSI)	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"/> 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。																																															

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、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日以内を目安に振り込む予定です。

なお、大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業実施要綱第10条第2項に規定する申請のE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の際し、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
