

大府市不妊治療費補助金交付申請書（**一般**、生殖補助医療）

令和8年 6月15日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市江端町〇-〇

連絡が付きやすい電話番号をご記入ください

氏 名 大府 太郎
(口座名義人と同一)

電話番号 090-1234-5678

大府市不妊治療費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	区分	氏名（ふりがな）	生年月日	住所
	夫	おおぶ 太郎	平成2年1月1日	大府市江端町〇-〇
	妻	おおぶ 花子	平成2年2月1日	同上
加入健康保険（夫）	【加入している健康保険の保険者名】（ <input type="radio"/> 健康保険組合） 【被保険者記号番号】（記号123 番号4567）【区分】本人、被扶養者			
	治療途中に健康保険の変更はありましたか はい <input checked="" type="radio"/> いいえ			
	マイナンバーカードを健康保険証として登録をしていますか <input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ			
加入健康保険（妻）	【加入している健康保険の保険者名】（ <input type="radio"/> 健康保険組合） 【被保険者記号番号】（記号123 番号4567）【区分】本人・被扶養者			
	治療途中に健康保険の変更はありましたか はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ			
	マイナンバーカードを健康保険証として登録をしていますか <input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ			
今回の治療期間	令和8年 4月20日 ~ 令和8年 5月25日			受診等証明書に記載されている期間を記入
医療機関名	<input type="radio"/> 産婦人科 2か所以上ある場合、複数個所記載可能です。			
今回の申請回数	一般不妊治療費申請 <input checked="" type="radio"/> 1回目 <input type="radio"/> 2回目 <input type="radio"/> 3回目 該当の回数に○をつけてください。			
申請理由（一般のみ）	<input type="checkbox"/> 2月末までの治療が終了したため <input checked="" type="checkbox"/> 生殖補助医療を開始した（予定含む）ため <input type="checkbox"/> 2年間の助成期間が終了したため <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の交付を受けた（予定含む）ため <input type="checkbox"/> その他 []			
治療区分（生殖補助医療のみ）	生殖補助医療費申請（男性不妊治療を含む）（ ）回目 初回治療			
	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 混合			① ② ③
補助対象医療の医療費のうち対象者が負担した額	空欄にしておいてください			円
高額療養費・付加給付金	空欄にしておいてください			円
補助金交付申請額	空欄にしておいてください			円

<職員確認欄>

住基（夫： 年 月 日～ 年 月 日）

治療期間中の転入の 無・有（ ）市より転入）

※単身赴任等で夫婦のどちらかの住民票 項証明書が必要

夫婦二人分の健康保険証の利用登録をし、資格情報通知書のいずれか

高額療養費及び付加給付金に係る証明書のコピー

大府市不妊治療費補助金申請に関する同意書兼申告書

令和8年 6月15日

大府市長 殿

対象者 (夫) 氏名・自署 大府 太郎
(妻) 氏名・自署 大府 花子

私たちは、大府市不妊治療費補助金申請用に係る下記の事項について同意します。

記

不妊治療費補助金の審査のために必要な次の事項を閲覧すること

1. 住民基本台帳：申請者が対象期間内に本市内に住所を有することを確認します。
2. 戸籍：法律上のご夫婦であること等を確認します。
事実婚関係の場合は、第3号様式(第7条関係)事実婚関係に関する申立書の提出が必要です。
3. 治療内容等：医療機関に照会する場合があります。なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。
4. 市税情報：市税滞納の有無について確認します。
5. マイナンバー等：マイナンバーを使って健康保険の加入状況について確認します。

<「高額療養費」について>

高額療養費の申請はしましたか。	はい ・ 自動払いのため申請不要 ・ いいえ ※
医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか。	はい(認定証区分：ア・イ・ウ・エ・オ) ・ いいえ ※

※不妊治療の診療月において、57,600円以上の自己負担がある場合、または、ご自身の不妊治療以外の治療や、同じ保険証をお使いのご家族様が21,000円以上の自己負担がある場合は、高額療養費に該当する場合があります。申請が必要かどうか及び上限額がご不明な場合は、ご加入している保険組合等にご確認ください。

<「高額療養費」・「付加給付金」等の支給について>

高額療養費または付加給付金について、該当の月の欄に以下のようにご記入ください。

支給があった場合：○ 申請中（支給予定）の場合：△ 該当がない場合：×

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
高額療養費	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
付加給付金	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×

注意事項

- 不妊治療診療月に、「高額療養費」・「付加給付金」が支給されている場合、「支給決定通知書」（保険組合等が発行する証明書）の提出が必要（コピー可）です。
- 本市より、高額療養費等の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている保険組合等の保険者へ確認することがあります。支給を受けたことが助成金支払い後に確認できた場合、不妊治療費助成金の返還を求められることがありますのでご承知おきください。

同意書

大府市長殿

私及び被扶養者の医療費助成のために必要とする情報を上記のものに対し提供することを同意します。

令和8年 6月15日

被保険者住所 大府市江端町四丁目2番地

被保険者名・自署 大府 太郎

治療を受けた方の署名が必要です。
夫婦で治療を受けている場合は、お二人とも署名をお願いします。また、治療を受けた方が被扶養者の場合は、被保険者が加入している保険組合へ照会する際に使用するため、被保険者の署名をお願いします。

大府市不妊治療費補助金交付請求書 **（一般・生殖補助医療）**

空欄 日

大府市長 殿

申請者 住 所 **大府市江端町〇-〇**

氏 名 **大府 太郎**

（口座名義人と同一）

電話番号 **090-1234-5678**

年 月 **空欄** 号 で交付決定の通知を

受けた大府市不妊治療費補助金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額		金	空欄								
振 込 先	金融機関名	三菱UFJ	銀行 金庫 農協	金融機関 コード							
	支店名	大府	本店 支店 出張所	支店 コード							
	預金種別	普通 ・当座・その他（ ）		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	オオブ	タロウ								
口座名義人	大府	太郎									

三菱UFJ銀行（大府市指定金融機関）の口座をお持ちの場合は、振込先に三菱UFJ銀行の口座を指定して下さるようご協力をお願いします。

添付書類

振込先の口座通帳の表紙等の写し（金融機関名、口座番号及び名義人がわかるもの）