様式第１号（第６条関係）

不妊検査

村田町不妊検査費助成事業申請書

　関係書類を添えて次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

　また、村田町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | 年　　月　　日生  　　（　　　　　　　歳） | | | |
| 氏　　名 | | （　夫 ・ 妻　） | | | | | |
| 現 住 所 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 配偶者 | ふりがな | |  | | | | | | 年　　月　　日生  　　　　　（　　　　　　　歳） | | | |
| 氏　　名 | | （　夫 ・ 妻　） | | | | | |
| 現 住 所  ※申請者と異なる場合のみ記入 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 申請額 | | | 金　　　　　　　　　　　　　　円　（助成上限額：５０，０００円） | | | | | | | | | |
| 村田町長　様  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）  　　　　　　　　　　　　　　　　 （口座名義人と同じ） | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名  ※申請者の口座を記入 | 銀行・金庫  組合・農協  （　　　　） | | | | | 本・支店名 | | | 本　店  支　店  出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | フリガナ | | | | |  | |
| 口座名義人（申請者） | | | | |  | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  | |  |  | （右詰め記入） |
| 確認項目 | | 該当する内容の□にレ点を記入してください。  １　婚姻関係   * 法律婚 * 事実婚　（事実婚申立書が必要です。）   ２　確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません）   * 過去に他の地方公共団体及び村田町においてこの助成を受けたことがない * 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び村田町の他の事業による   助成を受けていない   * 夫と妻の両方が検査を受けた | | | | | | | | | | |

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 村田町不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第２号）  【夫婦が別の医療機関を受診した場合】妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本（明細書含む） | □ |
| ２ | 夫及び妻の住民票（申請日から３か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）（コピー不可） | □ |
| ３ | 【夫婦が別世帯の場合】戸籍全部事項証明書（原本、発行日から３か月以内のもの） | □ |
| ４ | 【事実婚の場合】事実婚申立書、戸籍全部証明書（原本、発行日から３か月以内のもの） | □ |

　申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご留意ください。

**※必ず裏面もご確認ください。**（記入に係る注意事項について記載しています。）

《裏》

　【注意事項】

**助成申請(回数)は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成期間内**

**（夫婦のいずれか早い方の検査開始日から１年以内）でも、再度助成することはできません。**

　※１　申請額

・受診等証明書（様式第２号）の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（５０，０００円）　　を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

　※２　夫婦が別の医療機関を受診した場合

・妻の受診等証明書（様式第２号）と、夫が受けた検査の領収書・明細書を提出してください。

・夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は１枚に記入してください。

・申請書の「申請額」には、妻の受診等証明書の「患者負担額（領収）額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算し、その合算額と助成金上限額（５０，０００円）を比較し、低い額「申請額」欄に記入してください。

　※３　助成対象となる検査は、検査開始日から原則１年間に受けた検査です。

　　　　夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫または妻の検査開始日のいずれか早い日から１年以内に検査が対象となります。

　　　　　＜例＞「夫：令和６年１１月１０日検査　妻：令和７年４月５日検査」の場合

　　　　　　　　　助成対象期間：令和６年１１月１０日から令和７年１１月９日まで

　※４　助成金承認決定（不承認決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

　※５　助成金の給付後に、助成要件を満たしていないことが判明した場合は、村田町が指定する　　　納期限までに助成金を返還していただきます。また、納期限までに返還いただけない場合は、遅延損害金が発生します。

【申請書の提出先・問合せ先】

　村田町健康福祉課　健康対策班（保健センター）

　電話：０２２４－８３－２３１２