

# 記入例と注意

第1号様式（第6条関係）

（表面）

## 不妊治療費等（一般不妊治療・不育症治療等）助成金交付申請書

京都 市 長 様

提出日を記入してください。  
令和〇年〇〇月〇〇日

現在の住所を市（町村）名から記入してください。マンションなど集合住宅の名称も記入してください。

申請者（受療者）  
郵便番号  
所  
氏名  
電話番号  
604-8571  
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺  
前町 488 番地 北庁舎 201  
京都 花子  
090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

京都市不妊治療費等助成制度実施規則のとおり申請します。

- 1 審査に必要な範囲で、夫婦の
- 2 助成金の交付を受けた後にあ

交付申請額は空欄でも問題ありません。

申請者は、  
・助成金振込先の口座名義人  
・医療機関等証明書の受療者と同一としてください。

、以  
・閲  
の基礎となつた自己負担額から全部又は一部の返還を求める  
日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

記

以下のいずれかに証明書（第2号様式）の種類に基づきチェックしてください。

一般不妊治療  人工授精  不育症治療等

保険者番号は、マイナンバーカードをお持ちで、健康保険証として利用登録をされている方は、「マイナポータル」アプリを使って確認ができます。  
マイナンバーカードをお持ちでない方や、マイナンバーカードを健康保険証として利用する登録がお済みでない方には、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」で確認ができます。

(ふりがな) 氏名 京都 花子	平成2年12月1日	
加入医療保険 種別 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> □ 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> □ その他 <input type="checkbox"/>	32260317	区分 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/>
京都府の住民となった日 平成25年4月1日		
所を有した期間 平成27年8月1日 ~ 年 月 日		

まだ受給していない場合であっても、これから受給できる可能性があります。裏面を参考に、保険者に確認してください。受給した場合は、その金額が分かる書類を添付してください。

京都市中京区寺町通御池上  
( きょうと たろう )  
京都 太郎  
京都市に住所を有している間に治療等を受けていることが助成要件となります。

申請する不妊治療費に対する、高額療養費や付加給付の有無 高額療養費	<input checked="" type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む） <input type="checkbox"/> 受給無し
付加給付	<input checked="" type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給手續中（自動支給の場合の支給待ちを含む） <input type="checkbox"/> 受給無し (加入医)

京都府下の市町村で助成を受けたことがある場合は、自治体名、時期、助成額を記入してください。

過去の助成金受給の有無 過去に助成を受けた自治体及び助成額	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合 過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体名（本市含む） 京都市	時 期 令和2年	助成額（円） 35,000円
助成金振込先（申請者本人の口座に限る） 金融機関名	○×△金庫組合				預金種別 普通 <input checked="" type="checkbox"/> □ 当座 <input type="checkbox"/> □ 貯蓄 <input type="checkbox"/>
口座番号 (左詰記入)	1	2	3	4	5 6 7 (ふりがな) ( きょうと はなこ ) 口座名義人 京都 花子

振込先の口座名義人は申請者と同一としてください。

金融機関名・店名・口座番号は、支店の統廃合等により変更がないか確認のうえ、記入してください。

況から婚姻関係について調査します。  
の写しや戸籍謄本等）の提出が必要です。  
裏面も必ずご確認ください。】

## ○ 添付書類

(裏面)

### 1 医療機関等証明書 (別紙第2号様式の1から2)

一般不妊治療等と不育症治療で証明書の様式が異なります。

※ 保険薬局で投薬を受けた費用 (院外処方の薬代) に対する助成を希望する場合は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

### 2 事実婚関係に関する申立書

事実婚の方のみ提出が必要です。

### 3 高額療養費や付加給付の給付額等が記載された関係書類 (コピー可)

加入している医療保険 (以下「保険者」といいます。) から、今回申請する不妊治療費に対して高額療養費の支給や付加給付を受けられた (受けられる) 方は、提出してください。

※ 高額療養費や付加給付の制度の詳細や支給方法は、加入している保険者にお問い合わせください。

※ 助成金交付後に高額療養費や付加給付の受給が判明した場合は、助成金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

#### 【高額療養費とは】

医療機関や薬局の窓口で支払った自己負担額が、暦月 (1日から末日まで) で自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

所得に応じて区分アからオの5つに分けられ、区分ごとに自己負担限度額が設定されています。

#### 【付加給付とは】

自己負担額が高額になった場合に、高額療養費とは別に、各保険者が定めた基準に従って独自に行われる給付です。

保険者によって付加給付制度の有無が異なります。また、付加給付制度がある場合も、「医療付加金」「療養見舞金」等のように、保険者によって名称が異なることがあります。

#### 【高額療養費及び付加給付の支給方法について】

高額療養費及び付加給付については、自動支給される場合や申請手続きが必要な場合など保険者によって支給方法が異なります。

#### 【医療機関の証明書等報告内容を京都府へ報告を行う事に関する説明書】

この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。

また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。

なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。

※この欄は、京都市で使用しますので、記入しないでください。

要件 確認	<input type="checkbox"/> 市内在住	京都市内に住所を有した期間 年 月 日 ~ 年 月 日						確認者	
支給 確認	高額療養費	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	付加給付	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			