

記入例と注意

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

提出日を記入してください。

令和〇年〇〇月〇〇日

京都市長様

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。

申請者
郵便番号 604-8171
住所 京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町566番地1
井門明治安田生命ビル201号室
氏名 京都 花子
電話番号 090-0000-0000

京都市不妊治療費等助成制度実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況等について、調査・閲覧することに同意します。

記

申請の種類	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。 <input checked="" type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 不育症治療等 <input type="checkbox"/> 先進医療等（保険適用外） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療								
交付申請額	円								
受療者本人	住所	京都市 中京区 烏丸通御池下る虎屋町566番地1 井門明治安田生命ビル201号室 <small>（本市区域外に転出している場合は、転出前の本市区域内における最終居住地を記入すること。）</small>							
	（ふりがな） 氏名	（ きょうと はなこ ） 京都 花子	生年月日	昭和60年 12月 10日					
	加入 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者					
	都府の住民となった日	平成25年 4月 1日							
市内に住所を有した期間	平成27年 8月 1日 ~ 年 月 日								
配偶者	住所	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地							
	（ふりがな） 氏名	（ きょうと たろう ） 京都 太郎	生年月日	昭和60年 7月 25日					
今回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"/> 受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む） <input type="checkbox"/> 受給無し（加入医療保険に付加給付の制度が無い場合を含む）							
過去の助成金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	「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）	時期	助成額（円）				
	<input type="checkbox"/> 無		京都市	令和2年	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	〇×△ 銀行 金庫 組合		××支店	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄				
	口座番号（左詰記入）	1	2	3	4	5	6	7	（ふりがな） 口座名義人

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。

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。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。

登録状況から婚姻関係について調査します。（住民票の写しや戸籍謄本等）の提出が必要です。【必ずご確認ください。】

○ 添付書類

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。

※ 助成金支給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		