（表）

様式第１号（第５条関係）

大河原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、大河原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）　 |
| 　大河原町長　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大河原町においてこの助成を受けたことがあるか

□　ない□　ある※直近に出生したお子様の出生日または死産となった日を記入してください（　　　　　年　　　　月　　　　日）* 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び大河原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
 |

**※必ず裏面もご確認ください。**

（必要な添付書類及び記入に係る注意事項について記載しています。）

（裏）

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 大河原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は、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 | **＜本助成金の申請が２度目以降の場合＞**出産した場合や、12週以降に死産となった場合は、本検査費用助成に複数回申請することができます。該当する方は、以下の書類を添付してください。　・出生を事由としたリセットの申請の場合は、子の出生日を証明する書類（戸籍謄本・　　母子健康手帳の写し等）　・死産を事由としたリセットの申請の場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し・　　母子健康手帳の写し等） | □ |

　※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。

　【注意事項】

**助成申請（回数）は、夫婦１組につき１子ごと１回まで申請可能です。**

**第１子の際に不妊検査を実施し助成金を受け取っていた場合でも、第２子以降に係る不妊検査**

**の場合は申請することができます。**

**なお、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　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。

ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書（様式第２号）の「患者負担（領収）額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算してください。

夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は１枚にまとめて記入してください。

　※２　助成対象期間は、検査開始日から原則1年間です。

夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日

から起算となります。

　＜例＞　「夫：令和６年11月10日検査　妻：令和６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

　※３　承認決定（不承認決定）通知書は、申請者の住所地に郵送します。

不妊検査

様式第２号（第５条関係）

**大河原町不妊検査費助成事業に係る受診等証明書**

　　年　　　　　月　　　　　日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

（※主治医が自署又は記名押印）

下記のとおり、不妊検査費助成事業の対象となる検査を実施したことを証明します。

＜医療機関記入欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　夫 | 　　　　　　　　　 　妻 |
| （ ふ り が な ）受診者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日　 |
| 助成対象となる検査期間　（※１） | 　　　　年　　　　　月　　　　　日から　　　　年　　　　　月　　　　　日まで | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日から　　　　　年　　　　　月　　　　　日まで |
| 助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額（※2） | （検査開始日から１年以内の患者負担額となります）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 円 （うち本証明書への記載料：　　　　 　　　　円） |
| 検査内容 | □精液検査　□内分泌検査□感染症検査□泌尿器科的検査□その他　　　　　　 | □超音波検査　　□内分泌検査□感染症検査　　□子宮卵管造影検査□卵管疎通性検査□抗精子抗体検査□腹腔鏡検査□子宮鏡検査□頸管粘液検査□フーナーテスト□その他　　　 |
|  |  |

医療機関ご担当者様

○ この証明書は、『大河原町不妊検査費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。

○　証明書を発行していただく際は、裏面注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。

なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、大河原町役場子ども家庭課（℡：0224-53-2251）までご連絡

ください。

【注意事項】

1. この助成は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。

　②　夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入してください。

(※1)　 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間（１年以内）を記入してください。夫婦両方の検査費用について記載する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から、夫又は妻の検査終了日のいずれか遅い日までが証明すべき検査期間となります。ただし、検査期間が１年を超える場合は、原則１年間が限度となります。

(※2) 　　検査期間内に行った検査に要した費用のうち、自己負担（領収）額を記入してください。本証明書への記載料を徴収する場合はその金額も含むことができます。

 **事実婚関係に関する申立書**

令和　　年　　月　　日

私たちは、戸籍法（昭和22年法律第224号）第74号の規定による婚姻の届

出をしていませんが、事実上婚姻関係と同等の関係にある夫婦であることに相

違ないことを申立します。

住所

氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由（上記２名が別世帯となっている場合には記入）

**大河原町長　様**