様式第1号

豊中市不育症治療費等助成事業申込書

豊中市長　様

1. 関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申し込みます。なお、本申込みにあたり必要な範囲で、市が受給要件（住所、続柄等）を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に対して検査及び治療の内容を照会することに同意します。
2. 本申込みに係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

添付書類	☐　不育症治療費等助成事業受診等証明書（医療機関が作成するもの）
	☐　領収書及び明細書のコピー（受診等証明書の検査、治療年月日及び領収金額と一致するもの）
	☐　戸籍謄本（同一住所で別世帯・市内で別住所・事実婚の場合）※外国籍の方は婚姻証明書等
	☐　事実婚の場合のみ　事実婚関係に関する申立書
	☐　振込先の確認書類（振込口座の通帳コピー。通帳がない口座の場合は番号が確認できるもの）

※太枠の中をご記入ください。選択肢は該当する項目に☑または■としてください。

申込日	年　月　日		申込内容	☐ 不育症検査	☐ 不育症治療
申込者 妻	フリガナ		年齢	歳	
	氏名		生年月日	年　月　日	
申込者 夫	フリガナ		年齢	歳	
	氏名		生年月日	年　月　日	
住所①	〒		電話番号		
	豊中市				
住所②（夫婦で住所が異なる場合）	〒		電話番号		
	豊中市				
これまでの助成状況（いずれかを選択）	☐	これまでに豊中市で不育症治療費等の助成を受けたことは **ない**			
	☐	これまでに豊中市で不育症治療費等の助成を受けたことが **ある**			

申込金額	**【検査】** 流死産検体を用いた遺伝子検査1（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）	円	【検査】は、1回あたりの検査費用の7割(上限60,000円)まで。1,000円未満切り捨て。 【検査】と【治療】合わせて1年度につき300,000円まで
	【検査】 流死産検体を用いた遺伝子検査2（流死産絨毛・胎児組織NGS染色体検査）	円	
	【検査】 抗ネオセルフβ_2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査	円	
	【治療】 保険医療機関で実施された保険適用外の治療	円	

（申込者の口座に限る）振込口座	金融機関名		☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協	支店・出張所名	
	預金種別	☐ 普通	（フリガナ）		
		☐ 当座	口座名義人		
	口座番号				←左詰めで記入

※申込期限（消印日）は、検査・治療終了日の属する年度の翌年度の6月末日

＜市使用欄＞

受理年月日（消印日）	年　月　日	受給者番号	

令和8年（2026年）5月1日改正