

大和市不育症治療費助成事業

※郵送により申請される方は、このチェックリストを同封してください

対象者要件（以下の要件を全て満たすことが必要）	チェック欄
1. 法律上の婚姻をしている夫婦、または事実婚の関係である。 【事実婚の方】①～③まで全ての要件を満たす方が対象 ①治療開始日から申請日まで他に法律上の配偶者がいない ②治療の結果出生した子について認知を行う意向がある ③治療開始日から申請日まで同一世帯である ※別世帯の場合は、申立書（任意様式）に2人が別世帯である理由の記載があれば対象	
2. 治療期間及び申請日現在、夫婦（事実婚含む）が大和市に住民登録をしている。	
3. 国民健康保険や社会保険など公的健康保険に加入している。	
4. 夫婦の前年（1～5月までの申請については前々年）の所得の合計額が730万円未満である。 ※所得の計算方法については「大和市不育症治療費助成事業のお知らせ」参照。	
5. 大和市の市税等に滞納がない。	
6. 治療期間が終了した日の属する月の翌月から起算して、6か月以内の申請であること。 ※すくすく子育て課にて受理した日を申請日とします。	
提出書類	チェック欄
1. 大和市不育症治療費助成金交付 申請書（第1号様式） ※申請者・申請及び請求者名は統一してください。	
2. 大和市不育症治療費助成金交付 請求書 ※申請者・振込先口座名義人・請求者名は統一してください。	
3. 大和市不育症治療医療機関等証明書（第2号様式）	
4. 医療機関の発行する領収書、及び診療明細書、院外処方がある場合にはその領収書（原則原本） 枚数：領収書 枚、明細書 枚、院外処方領収書 枚 ※領収書の日付及び金額は、不育症治療医療機関等証明書に記載された治療期間及び領収金額と合致していることを確認してください。	
5. 夫と妻の健康保険の資格情報を確認できる書類（写しでも可） （資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等）	
6. 申請者名義の普通預金口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード）のコピー ※金融機関名（または番号）、支店名（または店番号）、口座番号、名義人がしっかりと読み取れるもの。	
●法律婚で、夫婦が別世帯の場合 該当者のみ	
戸籍の全部事項証明書（戸籍謄本）か、個人事項証明書（戸籍抄本） ※申請日現在で、発行後3か月以内、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの ※同一世帯の場合は不要	
●事実婚の場合	
戸籍の全部事項証明書（戸籍謄本）か、個人事項証明書（戸籍抄本） ※申請日現在で、発行後3か月以内、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの	
申立書（任意様式） ※出生した子の認知を行う意向があることを申立てた任意の書面を提出してください。 ※夫婦が別世帯の場合は、その理由も必ず記載してください。	

【申請方法】窓口持参または、郵送

郵送の場合は、配達記録等が残る簡易書留や特定記録郵便などの利用をお勧めします。普通郵便で送付された書類の到達確認はお受けできない場合があります。

【送付先・事務担当】

〒242-8601 大和市鶴間1-31-7 大和市保健福祉センター2階

大和市役所 すくすく子育て課 母子保健係 （電話：046-260-5609）