

大和市不妊治療(先進医療)費助成事業

※郵送による申請をされる方は、こちらのチェックリストを同封してください。

| 対象者チェックリスト (以下の要件をすべて満たす夫婦が助成の対象となります。) | | 備考 | チェック 欄 |
|--|--|---|--------------------------|
| 1 | 【法律婚の方】 治療開始日から申請日まで婚姻関係があること | | <input type="checkbox"/> |
| | 【事実婚の方】 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こと 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こと ③ 治療開始日から申請日まで同一世帯であること ※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となります。 | ①～③まで全ての要件を満たす方が対象です。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 申請日時時点で、夫婦(事実婚含む)のいずれかが大和市に住民登録をしていること | 夫婦(事実婚含む)のいずれかが市外在住の場合、申請者は市内在住の方としてください。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 保険診療として体外受精および顕微授精を受け、先進医療を登録医療機関で受診していること | 全額自費で体外受精および顕微授精を実施した場合は、先進医療が含まれていても、全て対象外です。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 「1回の治療」の開始日における妻の年齢が 43 歳未満であること | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 国民健康保険や社会保険等公的健康保険に加入していること | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 大和市の市税等に滞納がないこと | | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 他の自治体の助成を受けていないこと | | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 1回の治療が終了した日を含む月の月末から 6 か月以内の申請であること ※すくすく子育て課の受理日を申請日とします。受理日が申請日を超過した場合は、消印日を申請日と判断しません。 | 「治療が終了した日」とは、妊娠確認検査をした日(妊娠の有無を問いません。)または医師の判断により、やむを得ず治療を中止した日のいずれか(証明書に記載された「終了」の日)です。主治医にご確認ください。 | <input type="checkbox"/> |

| 申請に必要なものチェックリスト | | チェック欄 |
|-----------------|--|-----------------------------------|
| 1 | 大和市不妊治療(先進医療)費助成金交付申請書(第1号様式) ※夫婦のいずれかが市外在住の場合、申請及び請求者は市内在住の方としてください。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 大和市不妊治療(先進医療)費助成金交付請求書 ※申請及び請求者名(申請書に記入)と振込先口座名義人は統一してください。 ※金額は、審査後に決定しますので未記入で申請してください。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 大和市不妊治療(先進医療)受診等証明書(第2号様式) ※医療機関へ記入を依頼してください。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 治療に要した治療費の領収書原本および診療報酬明細書の写し 領収書(原本) 計_____枚 診療明細書 計_____枚 ※「請求書」ではなく、「領収書」をお持ちください。 ※領収書原本は、決定通知書の送付と併せて返送いたします。 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 夫と妻の健康保険証のコピー | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 申請者名義の普通預金口座を確認できるもの(通帳またはキャッシュカードのコピー) ※名義と口座番号がはっきり認識できるようにコピーしてください。 | <input type="checkbox"/> |
| ●法律婚の場合 | | |
| 1 | <夫婦が別世帯の場合> 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 ※同一世帯の場合は不要 | 該当者のみ <input type="checkbox"/> |
| ●事実婚の場合 | | |
| 1 | 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 | 該当者のみ <input type="checkbox"/> |
| 2 | 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。 | 該当者のみ <input type="checkbox"/> |

【申請方法】

窓口へ持参または、下記のあて先に郵送してください。

郵送の場合は差出し・配達記録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

すくすく子育て課 母子保健係

不妊治療(先進医療)費助成担当

電話:046-260-5609