

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夫婦が助成の対象となります。)	チェック欄
1. 法律上の婚姻をしている夫婦である。	
2. 治療日及び申請日現在、夫婦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」をご参照ください。	
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。 ※すくすく子育て課の受理日を申請日とします。受理日が申請期日を超過した場合は、消印日を申請日と判断します。	
必要書類	
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. 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. 不育症に係る治療費の領収書及び診療報酬明細書（原本） 院外処方がある場合には、その領収書（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、 <u>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。</u>	
5. 夫と妻の健康保険証のコピー	
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、名義人がはっきり認識できるようにコピーしてください。	
7. 所得証明書 ※転入などにより大和市での所得が確認できない場合は、前住所地の市町村が発行する当該年度の所得証明書（課税・非課税証明書）の提出が必要です。（申請者及び配偶者各1枚ずつ）	該当者のみ

【申請方法】

窓口へ持参または、下記のとおり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 （電話：046-260-5609）