

様式第1号（第7条関係）

東松島市不妊検査費助成事業申請（請求）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、東松島市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					昭和・平成 年 月 日生
	氏名	(夫・妻)				( 歳)
	現住所	〒 ( ) 電話 ( )				
配偶者	ふりがな					昭和・平成 年 月 日生
	氏名	(夫・妻)				( 歳)
	現住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	〒 ( ) 電話 ( )				
申請額		金 円 (助成上限額：30,000円)				
東松島市長 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 <small>※申請者の口座を記入</small>	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		
	口座番号			口座名義人 (申請者)		(右詰め記入)
確認項目	<p>該当する内容の□にレ点を記入してください。</p> <p>1 婚姻関係  <input type="checkbox"/> 法律婚  <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。)</p> <p>2 確認項目  <input type="checkbox"/> 過去に他の地方公共団体及び本市においてこの助成を受けたことがない。  <small>※受けたことがある場合は、直近に出生したお子様の出生日又は死産となった日を記載してください。(出生・死産： 年 月 日)</small>  <input type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けた。</p> <p>3 同意事項  <input type="checkbox"/> 市が保有する公簿等により申請者及び配偶者の現住所を閲覧することに同意する。  <small>※同意しない場合は、夫及び妻の住民票の写しを添付してください。</small></p>					

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	<input checked="" type="checkbox"/>
1	東松島市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、夫婦それぞれの不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本領収書又は明細書で検査期間、検査内容及び領収金額が確認できる場合は、受診等証明書に代えることが可能）	<input type="checkbox"/>
2	（市が保有する公簿等により現住所を閲覧することに同意しない場合） 夫及び妻の住民票の写し（申請日から3か月以内に発行されたもので、続柄が省略されていないもの、かつ、個人番号の記載のないもの）（コピー不可）	<input type="checkbox"/>
3	（本助成金の申請が2度目以降の場合） 出産又は死産（妊娠12週以降の胎児の死亡）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、以下の書類を添付ください。 ・出産を事由とする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） ・死産を事由とする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）	<input type="checkbox"/>

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注意ください。

※必ず以下もご確認ください。（記入に係る注意事項について記載しています。）

【注意事項】

助成申請（回数）は、夫婦1組につき1子ごと1回限りです。

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可能です。

なお、助成金申請後に受診した費用は、助成期間内（夫又は妻が検査を開始した日のいずれか早い日から1年以内）でも、再度助成することはできません。

※1 申請（請求）書の申請額については、次のとおり記入してください。

【夫婦が同一の医療機関を受診した場合】

不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の「助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額」と助成金上限額（30,000円）を比較し、いずれか低い額を「申請額」欄に記入してください。

【夫婦が別の医療機関を受診した場合】

夫及び妻の不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額又は妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書金額が確認できる場合はその額を合算の上、助成金上限額（30,000円）と比較し、いずれか低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 助成対象期間は、夫又は妻が検査を開始した日のいずれか早い日から1年以内です。

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7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 助成費の交付決定（不交付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

※4 【申請書提出先】

東松島市小松字上浮足256番地1  
東松島市役所矢本保健相談センター内健康推進課窓口

【問合せ先】

東松島市保健福祉部健康推進課（電話 0225-82-1111）