

大分県 大分市 妊活応援検診費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり妊活応援検診にかかる医療費の助成を申請します。  
 また、大分県又は大分市が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

夫	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)
	現住所	〒( ) 電話 ( )					
妻	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(	歳)
	現住所 ※夫と異なる場合のみ記入	〒( ) 電話 ( )					
申請額		金 円 (助成上限額：30,000円)					
申請者氏名 _____ ⑩ 配偶者氏名 _____ ⑩ (記名、押印してください。)  年 月 日 ※住所登録が大分市の方は大分市長、それ以外の方は大分県知事に☑してください。 <input type="checkbox"/> 大分県知事 殿 <input type="checkbox"/> 大分市長 殿							
振込先	金融機関名 ※申請者の口座を記入	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)			
助成状況	いずれかに☑をお願いします。 1 過去に大分県又は大分市から不妊検査にかかる助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある ( <input type="checkbox"/> 大分県 <input type="checkbox"/> 大分市 ) 2 今回申請する検査費用について、他の自治体から助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 助成を受けている (自治体名： ) 3 現在、お子さんはいらっしゃいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( 人 )						

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号					
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 所得額 <input type="checkbox"/> 婚姻期間(30歳以上・第1子)						
審査結果	決定・不決定	助成決定額	円	通知書発送日	年 月 日		

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項、添付書類等について記載しています。)

《裏》

助成の適正を判断するため、必要に応じ、次の点について照会することがありますので、ご了承ください。

- 受診等証明書（第2号様式）に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 過去の助成状況等について、他の地方公共団体に照会することがあります。

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	
1	大分県・大分市妊活応援検診費助成事業 受診等証明書（第2号様式）	<input checked="" type="checkbox"/>
2	法律上の夫婦であること及び婚姻日を証明する書類（戸籍謄本等）（コピー不可）	<input type="checkbox"/>
3	住所地、生年月日が確認できる書類 （夫婦の住民票の写し（個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）（コピー不可）等）	<input type="checkbox"/>
4	夫婦の前年の所得額 （1月から5月までの申請については前々年の所得額）が確認できる書類（夫婦それぞれの所得・税額証明書） ※大分市に申請される方は「所得・税額調査同意書」（申請時に窓口で記載）により確認を行うため証明書は不要です。ただし、市外転入等で所得情報が大分市で確認できない方は、前住所地等の所得・税額証明書（所得額や控除額の記載のあるもの）が必要となります。	<input type="checkbox"/>
5	振込口座が確認できるもの（通帳の写し） ※申請者名義のもの	<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。

【注意事項】

**助成申請(回数)は夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。**

- ※1 受診等証明書（第2号様式）の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（30,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。（受診等証明書が複数の場合は、「患者負担（領収）額」を合算してください。）  
夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚に記入してください。
- ※2 助成対象期間は、検査開始日から最長1年間です。  
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2年11月10日検査 妻：令和2年12月5日検査」の場合  
助成対象期間：令和2年11月10日から令和3年11月9日まで
- ※3 助成金給付決定（不給付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

申請書の提出先は、**大分市に住所登録のある方は大分市、それ以外の方は大分県**です。

①大分市(大分市に住民登録がある方)への申請は、下記窓口で申請(郵送不可)してください。

- ・大分市保健所健康課（大分市荷揚町6-1 大分市保健所1階 電話097-536-2562）
- ・東部保健福祉センター  
（大分市東鶴崎1丁目2番3号 鶴崎市民行政センター内 電話097-527-2143）
- ・西部保健福祉センター  
（大分市大字玉沢743番地の2 植田市民行政センター内 電話097-541-1496）

②大分県(大分市以外に住民登録がある方)への申請は、下記窓口で申請(郵送可)してください。

大分県福祉保健部こども未来課 こども企画班  
〒870-8501 大分市大手町3-1-1 電話097-506-2718