

宮城県不妊検査費助成事業申請書

関係書類を添えて次とおり不妊検査費の助成を申請します。

また、宮城県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	みやぎ たろう		昭和・平成	1年	1月	1日生
	氏名	宮城 太郎		(34歳)			
	現住所	〒(980-8570) 電話 090(0000) 0000 宮城県仙台市青葉区本町3-8-1					
配偶者	ふりがな	みやぎ はなこ					
	氏名	宮城 花子		(夫・妻)			
	現住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒() 電話 ()					
申請額		金 20,000 円 (助成上限額:20,000円)					
宮城県知事様		〇年 〇月 〇日					
		申請者氏名 宮城 太郎 (口座名義人と同じ)					
振込先	金融機関名 ※申請者の口座を記入	〇〇 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	ミヤギ タロウ		
	口座番号	〇 〇 〇		口座名義人(申請者)	宮城 太郎		
		〇 〇 〇		〇 (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 checked="" 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(該当しない場合は助成の対象となりません) <input checked="" type="checkbox"/> 過去にこの助成を受けたことがない <input checked="" type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の事業による助成を受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けた</p>						

・申請者は、口座名義人と同じ方になります。
 ・電話番号は日中に繋がりやすい番号を記入してください。
 ・住所は、住民票上の住所を記入してください。
 ・原則として通知等の書類は申請者の住所へ送付します。

・自己負担額が20,000円以上の場合は、20,000円と記入。
 ・自己負担額が20,000円未満の場合は、医療機関に実際に支払った額(詳しくは裏面※1を参照)を記入。

該当するものにチェック
 (注)2は全てにチェックが必要です。

郵送前に
 チェックし確認!

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	
1	宮城県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、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本(明細書含む))	<input checked="" type="checkbox"/>
2	夫婦の戸籍謄本(申請日から3か月以内の発行されたもの)(コピー不可)※事実婚関係にある方は事実婚申立書が必要となります。	<input checked="" type="checkbox"/>
3	夫及び妻の住民票(申請日から3か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)(コピー不可)	<input checked="" 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。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

《裏》

【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(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(20,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と夫が受けた検査の領収書の金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、検査開始日から原則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4年11月10日検査 妻:令和4年12月5日検査」の場合
助成対象期間:令和4年11月10日から令和5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】

〒980-8570 仙台市青葉区本町3丁目8-1

「宮城県保健福祉部子ども・家庭支援課家庭生活支援班」宛て

【問合せ先】

宮城県保健福祉部子ども・家庭支援課家庭生活支援班

TEL 022-211-2633

FAX 022-211-2591

kodomok@pref.miyagi.lg.jp