

湖南省不育症治療費助成事業 申請チェックリスト

※参考としてご活用ください。

- ☐ 治療終了後 90 日以内の申請ですか。
- ☐ 不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書（様式第 1 号）は漏れなく記入できていますか。
- ☐ 不育症治療受診等証明書（様式第 2 号）は医療機関で記入していただけていますか。
- ☐ 治療に要した領収書の原本の写しはありますか。
（原本を持参いただければ、申請時にコピーを取ります。）
（領収書には、対象の費用、対象外の費用の確認のため、明細が記載されていることが必要です。
支払い金額のみなどの領収書は不可。）
（不育症治療受診等証明書（様式第 2 号）の金額との精査に使用します。）
- ☐ 夫婦であることを証明できる書類（発行から 3 箇月以内のものに限る。）はありますか。
（住民票上で夫婦であることがわかる場合は省略できます。）
例 1）夫婦ともに市内在住同一世帯で婚姻届または事実婚に関する届出を提出されている場合は
住民票上続柄が確認できるため省略可。
例 2）夫婦ともに市内在住ではあるが、同一住所でも世帯が別または別住所の場合は
住民票上では続柄が不明なため戸籍謄本の提出が必要。
例 3）夫婦どちらかが市外在住の場合は、住民票上では続柄が不明なため
戸籍謄本の提出が必要。
- ☐ 最新年度の夫婦の納税証明書等（発行から 3 箇月以内のものに限る）はありますか。
（税の滞納がないかを確認します。）
- ☐ 場合により、その他市長が必要と認める書類として、追加で書類のご提出をお願いする場合があります。予めご了承ください。
- ☐ 不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書（様式第 1 号）および不育症治療受診等証明書（様式第 2 号）に基づき、治療を受けた医療機関への問い合わせを行う場合があります。医療機関から回答を得られない場合は、助成金を支給できない場合があります。ご了承ください。

※助成金額について

- (1) 助成の対象となる治療費等は、医療機関において受けた保険診療対象外の不育症治療等に係る治療費です。
- (2) 助成額は、1 治療期間ごとの医療費の 1/2 以内とし、1 年度につき 300,000 円が限度です。
(1,000 円未満の端数は切捨てます。)