

大阪市特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請申込書

申請不可となった場合も当院では責任を負えません。

ご自身の条件で申請可能かご不明な方は、必ずご確認いただきます様よろしくお願ひ申し上げます。

（問い合わせ先：大阪市政府子ども青少年局子育て支援部管理課(母子保健)ご担当者様）

尚、証明書の発行には7日～14日ほどお時間がかかります。

※特に年度末は申し込みが集中しますので、お早めのお申込みを推奨いたします

※各自自治体へお問い合わせ後、申請が可能な方は、次の必要書類をご用意いただき受付窓口へお持ちください
(助成金1枚につき、申込書1枚のご提出が必要です)

お申込み時の必要書類

①当申込書

「治療終了日」とは、1回の治療における妊娠確認を行った日、又は医師の判断等に基づき、診療過程で計画を中止した場合は、中止した日のことです。

◆証明書作成代・・・3,300円（一部につき） ◆送料（必要な方）・・・430円

妊娠判定日 もしくは 治療終了日				
令和	年	月	日	今回の申請は_____回目です。
上記治療期間に実施され、今回申請を希望される先進医療の治療・技術に☑と実施日を記載してください（領収書に記載のある日付です）				
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) ¥22,000-		<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) ¥137,500-		
実施日: 年 月 日		実施日: 年 月 日		
<input type="checkbox"/> タイムラフス撮像法による受精卵・胚培養 ¥31,440-		<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) ¥116,000-		
実施日: 年 月 日		実施日: 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) ¥66,000-		<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) ¥10,500-		
実施日: 年 月 日		実施日: 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査) ¥44,000-		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 新鮮胚 ¥80,000-		
実施日: 年 月 日		実施日: 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) ¥43,600-		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 凍結融解 ¥110,000-		
実施日: 年 月 日		実施日: 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術(Zymot) ¥33,000-				
実施日: 年 月 日				
カルテ番号		申込年月日	令和	年 月 日
ふりがな		生年月日	昭・平	
妻 氏名			年 月 日 (歳)	
ふりがな		生年月日	昭・平	
夫 氏名			年 月 日 (歳)	
受取方法	来院時・郵送	※郵送希望の方は住所を記入してください 〒		
・上記の内容を全て確認しましたか。			はい	いいえ
・事前に自治体へ申請可能かご確認済ですか。※申請不可となっても当院では責任を負えません。			はい	いいえ
・今回の先進医療は、保険診療中に実施したものでですか。			はい	いいえ
・今回の治療の開始日(計画書お渡し日)の年齢(妻)は43歳未満ですか。			はい	いいえ
・太枠内全て記入しましたか。			はい	いいえ
※[いいえ]が一つでもある場合は受理できませんのでご注意ください				

《備考》	受付	作成	確認