

川口市早期不妊検査費・不育症検査費助成申請のためのチェックシート

提出書類		※職員チェック欄													
【対象者】 □1 申請日時点において、民法上の婚姻関係にある又はいわゆる事実婚関係にある男女（以下、「男女」とする）であり、双方または一方が川口市に住民登録があること（居住年数不問）。 □2 検査開始時点において、女性の年齢が43歳未満であること。 □3 男女ともに助成対象の不妊検査又は不育症検査を受けていること（不育症に限り女性のみ可）。 □4 他の助成制度や他の自治体での助成を受けたことがない検査費用であること。また、過去に埼玉県内で対象検査に係る助成を受けていないかた。 <不妊症検査のみに係る要件> □5 不妊症の定義に該当するかた、または保険医療機関の医師が不妊症と判断したかた。 <不育症検査のみに係る要件> □6 不育症の定義に該当するかた、または保険医療機関の医師が不育症と判断したかた。 【申請回数】 男女1組につき 生涯で各1回のみ ・書類が不足している場合、受付できない場合があります。お忘れ物ないようお願いします。 ※ ご不明な点は お問い合わせください。	提出書類 □にレを入れてください。		※職員記録欄												
	1 早期不妊検査費または不育症検査費助成事業申請書 ※申請書を間違えてしまった場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。		済												
	□ 申請者は川口市民のかたで、振込希望口座のかたを記入してありますか？ □ 未記入箇所はないですか？（申請年月日、検査開始時の女性年齢など） →速やかな審査のため、申請書には日中連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。 □ 申請期限内の申請ですか？（どちらか早い日から検査が終了した日又は検査開始日から1年を経過した日の前日を終了した日とします。）		再提出 提出確認日												
	<table border="1"> <tr> <th>検査期間の終了した日</th> <th>申請期限（消印有効）</th> </tr> <tr> <td>令和7年1月1日～令和7年3月31日</td> <td>令和7年6月30日</td> </tr> <tr> <td>令和7年4月1日～令和7年6月30日</td> <td>令和7年9月30日</td> </tr> <tr> <td>令和7年7月1日～令和7年9月30日</td> <td>令和7年12月26日</td> </tr> <tr> <td>令和7年10月1日～令和7年12月31日</td> <td>令和8年3月31日</td> </tr> <tr> <td>令和8年1月1日～令和8年3月31日</td> <td>令和8年6月30日</td> </tr> </table>		検査期間の終了した日	申請期限（消印有効）	令和7年1月1日～令和7年3月31日	令和7年6月30日	令和7年4月1日～令和7年6月30日	令和7年9月30日	令和7年7月1日～令和7年9月30日	令和7年12月26日	令和7年10月1日～令和7年12月31日	令和8年3月31日	令和8年1月1日～令和8年3月31日	令和8年6月30日	/
	検査期間の終了した日	申請期限（消印有効）													
	令和7年1月1日～令和7年3月31日	令和7年6月30日													
	令和7年4月1日～令和7年6月30日	令和7年9月30日													
	令和7年7月1日～令和7年9月30日	令和7年12月26日													
	令和7年10月1日～令和7年12月31日	令和8年3月31日													
	令和8年1月1日～令和8年3月31日	令和8年6月30日													
□ 申請金額が正しく記入されていますか？ 検査開始日の女性の年齢が35歳未満のかた：3万円以上の場合は 上限3万円 。 検査開始日の女性の年齢が35歳以上のかた：2万円以上の場合は 上限2万円 。															
2 検査実施証明書 ※不妊検査・不育症検査で様式が異なります。		済													
□ 医療機関名、所在地、主治医の氏名がありますか？ □ 検査の内容には、男性・女性の検査それぞれに1項目以上チェックがされていますか？（不育症検査のみ、女性のみチェックでも可） □ 氏名、検査期間、患者負担額（文書代（実施証明書代））は確認しましたか？ →検査期間後の文書代（実施証明書代）の領収日は、検査期間に含めません。		再提出 提出確認日													
3 検査費領収書・診療明細書の原本		済													
□ 実施証明書に記載された金額（検査期間の検査費領収書+文書代（実施証明書代））の領収書・診療明細書の全てですか？ →実施証明書に記載された金額が一致しない場合は、理由をメモでお知らせください。 紛失の場合は、提出された領収書等で審査をします。 →検査期間の診療明細書がない場合は、理由をメモでお知らせください。 ※提出いただいた領収書等は、申請済の押印をし、写しを取ってから返却します。 返却を早めにご希望のかたは、重さ分の切手を貼った返信用封筒を同封ください。		再提出 提出確認日													
4 戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）の原本		済													
□ 申請日（郵送の場合は消印日）から3か月以内に発行されたものですか？ ※男女両方が外国籍のかたは、自国の婚姻証明書や婚姻事項証明書を提出してください。 ・以下に該当するかたは、提出を省略できます。 令和2年4月以降、本事業及び生殖補助医療費助成事業の申請時に戸籍全部事項証明書を既に提出されているかたで、男女の婚姻関係を住民基本台帳などで確認できる場合は省略可。		再提出 提出確認日													
5 振込先の口座情報部分（通帳又はキャッシュカード）の写し		済													
□ 申請者の氏名と口座名義人の氏名が一致していますか？ ※口座名義人の氏名が旧姓の場合は、受付できません。 □ 金融機関、店番号、口座番号、口座名義（カナ）の記載がある部分ですか？		再提出 提出確認日													
該当者のみ	6 住民票 ※男女のうち一方が別世帯であり、川口市外にお住まいのかた □ 住民票は3か月以内に発行されたものですか？ □ 世帯全員が記載され、続柄がわかるものですか？	済													
	7 事実婚のかた □ 男女それぞれの戸籍全部事項証明書をご提出ください。 □ 申立書をご提出ください。	再提出 提出確認日													
<問い合わせ・申請窓口> 〒332-0026 川口市南町1-9-20（地域保健センター内） 川口市保健所健康増進課給付係 TEL:048-256-1135 月～金曜日 8:30～17:15（祝日、年末年始を除く）		※職員チェック欄 受付者： 申請方法：持参 ・ 郵送 審査日： 過去助成歴の有無：有 ・ 無													

※職員チェック欄には記入しないで下さい。