

川口市先進医療不育症検査費助成金のためのチェックシート

	提出書類
<p>【対象者】</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金申請時に住民登録があること</p> <p><input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産の既往があるかた</p> <p><input type="checkbox"/> 厚生労働省の定める先進医療を実施している医療機関で、</p> <p>・流死産検体を用いた遺伝子検査1(次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査)(令和4年12月1日厚生労働省告示第340号)で、令和8年4月1日以降に検査を受けたかた</p> <p>あるいは</p> <p>・抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査(令和7年5月30日厚生労働省告示第167号)で、令和8年4月1日以降に検査を受けたかた</p> <p>あるいは</p> <p>・流死産検体を用いた遺伝子検査2(流死産絨毛・胎児組織NGS染色体検査)(令和8年4月30日厚生労働省告示第206号)で、令和8年5月1日以降に検査を受けたかた</p> <p><input type="checkbox"/> 検査日の属する年度内であること 注:やむを得ず、申請期限までにご申請ができない場合は、令和9年3月31日までにお電話でご相談ください。</p> <p>※ ご不明な点はお問い合わせください。</p>	<p>1 先進医療不育症検査費助成金交付申請書(様式第1号)</p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意欄チェックはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 未記入箇所はないですか？(申請年月日、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。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請金額は、検査1回の検査に係る費用(様式第2号 領収金額)の7割に相当する額(千円未満切り捨て)、もしくは上限6万円までが正しく記入されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 口座名義人は申請者のかたですか？ (旧姓名義の口座は使用不可)</p>
	<p>2 検査受検証明書(様式第2号)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関のチェック欄がありますか？(保険診療で実施している)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関名、所在地、主治医の氏名がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 未記入箇所はないですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 氏名、検査日、領収額は確認しましたか？</p>
	<p>3 検査費領収書の原本</p> <p><input type="checkbox"/> 実施証明書に記載された検査項目で、医療機関発行の領収書(原本)及び診療明細書領収書ですか？</p> <p>※領収書(原本)及び診療明細書は、申請済の押印をし、写しを取ってから返却します。</p>
<p><問い合わせ・申請窓口></p> <p>〒332-0026 川口市南町1-9-20(地域保健センター内)</p> <p>川口市保健所健康増進課給付係</p> <p>TEL:048-256-1135</p>	<p>4 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</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者の氏名と口座名義人の氏名が一致していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 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？ ※口座名義人の氏名が旧姓の場合は、受付できません。</p>