

敦賀市特定不妊治療費助成金交付申請書（ 回目）

年 月 日

敦賀市長殿

申請者氏名 _____

（口座名義人と同じ）

敦賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱 第8条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

助成額 円

申請する夫婦の氏名（ふりがな）		生年月日（年齢）		福井県への申請状況	
夫	ふりがな	年 月 日 （ 歳）		有 ・ 無	
				※有の場合 （ 年 月 日）	
妻	ふりがな	年 月 日 （ 歳）		助成額 円	
申請者住所	〒 ー 敦賀市 電話 _____				
住所（夫・妻）	〒 ー *夫婦の住所が異なる場合のみ記入 電話 _____				
今回の治療内容（該当番号に○を記載）	1. 保険診療で実施される特定不妊治療 2. 先進医療及びそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療 3. 先進医療及びそれと組み合わせて実施される保険診療適用回数終了後の特定不妊治療 4. 国で審議中の技術と組み合わせて実施される特定不妊治療 5. 保険適用回数終了後の特定不妊治療				
特定不妊治療費（本人負担額）※1	金	円	金	円 上記の3に該当する場合、先進医療分	
申請額 ※2	金	円	金	円 上記の3に該当する場合、先進医療分	
同意確認欄	市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳の情報や納税の状況を閲覧することに同意します。また、助成要件の審査のために必要な場合、他の自治体に対する申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会、保険者（加入している保険組合等）への高額療養費等の支給状況の確認を市が行うことについても同意します。 申請者 _____ 配偶者 _____				
今回の治療費に対する他の地方公共団体等（福井県を除く）からの助成の有無			有 ・ 無		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		

注) 太枠の中をご記入ください。

※裏面をよくご覧いただき、必要な書類をご確認ください

債権管理課記入欄	
納税状況	確認者印
滞納 無 ・ 有	

提出書類

- ① 敦賀市特定不妊治療費助成金交付申請書（様式第1号、様式第1号の2）
- ② 法律婚の場合は、夫婦ともに敦賀市民で同一世帯の場合を除き、戸籍謄本（発行から3か月以内のもの、写しでも可）
- ③ 事実婚の場合は、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの、写しでも可）、住民票（敦賀市民でない方の分のみ）および事実婚関係に関する申立書・意向確認書（様式第1号の3）
- ④ 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書（様式第2号）
（福井県特定不妊治療費助成事業を利用される場合は、その写しでも可）
- ⑤ 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書原本（明細がわかるものを添付してください）
- ⑥ 夫婦の納税証明書（完納証明書）
申請書の同意確認欄に記入があり、市が確認できる場合には提出不要
- ⑦ 助成金の振込先の口座が確認できるもの（金融機関の通帳の写し）
- ⑧ 福井県特定不妊治療費助成事業交付決定通知書の原本
- ⑨ 保険診療の場合は次の書類
 - ・ 限度額適用認定証の写し（限度額適用認定証を使用した場合）
 - ※高額療養費や付加給付の支給がある場合は、支給金額が確認できる書類（高額療養費支給決定通知書の写し等）

注意事項等

※1 特定不妊治療費（本人負担額）

・ 治療にかかった本人負担額を記載してください。

※保険診療の場合で高額療養費等の支給対象となる場合は、本人負担額から高額療養費や付加給付等の支給額を除いた額を記載してください。

・ 「2. 先進医療及びそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療」に該当する場合は、先進医療に係る本人負担額及び保険診療で実施される特定不妊治療に係る本人負担額の合計を左欄に記載してください。

・ 「3. 先進医療及びそれと組み合わせて実施される保険診療適用回数終了後の特定不妊治療」に該当する場合は、左欄には、保険診療適用回数終了後の特定不妊治療に係る本人負担額を、右欄には、先進医療に要した本人負担額を記載してください。

・ 「4. 国で審議中の技術と組み合わせて実施される特定不妊治療」に該当する場合は、国で審議中の技術に要する費用は助成対象外ですので、本人負担額には含めないでください。

※2 申請額

・ ※1の特定不妊治療費（本人負担額）から、福井県特定不妊治療費助成事業による助成額を控除した金額を記載してください。

・ 「3. 先進医療及びそれと組み合わせて実施される保険診療適用回数終了後の特定不妊治療」に該当する場合は、左欄には、保険診療適用回数終了後の特定不妊治療に係る本人負担額から福井県特定不妊治療費助成事業による助成額を控除した金額を、右欄には、先進医療に要した本人負担額と7万円のいずれか低い方の金額を記載してください。