

敦賀市特定不妊治療費（精巣内精子採取術費用）助成金交付申請書（ 回目）

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不妊治療費の助成を申請します。

年 月 日

敦賀市長 殿

申請者氏名 _____

(口座名義人と同じ)

記

助成額 円

申請者記入欄			
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	〒 _____ 敦賀市		電話 _____
住所 (夫・妻)	〒 _____		*夫婦の住所が異なる場合のみ記入 電話 _____
精巣内精子採取術費用 (本人負担額) ※1		金	円
申 請 額 ※2		金	円
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。

(添付書類) ※ 特定不妊治療費と併せて申請する。

- ①受診等証明書 (様式第2号の2) 福井県特定不妊治療費助成事業の受診等証明書の写しでも可
- ②医療機関発行の領収書の原本 明細がわかるものを添付してください

※裏面を注意事項等もご確認ください

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 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。