

福井県精巣内精子採取術費用助成申請書兼実績報告書兼請求書

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するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫		昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻		昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所(※1)	〒 _____ 電話 () _____		
住所(※2) (夫・妻)	〒 _____ 電話 () _____		
今回申請する治療費 に対する高額療養費 および付加給付の有 無(※3)	高額療養費	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※該当するものに☑を してください。
	付加給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
申請額 (請求額)	今回の治療にかかった自己負担額 金 _____ 円		
	申請額(請求額) 金 _____ 円 ※申請額(請求額)の記入にあたっては、裏面の算定方法によってください。		
申請・請求者氏名(発行責任者および担当者) (口座名義人と同じ) _____			
年 月 日		福井県知事 様	

注1) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注2) 治療の終了した日の翌日から起算して7月を経過する日までに申請してください。

注3) ※3: 助成決定後に高額療養費や付加給付があった場合、助成金の一部を返還していただくこととなります。

<添付書類>

特定不妊治療費(様式第1号)と併せて申請する場合、③~⑤は写しを添付してください。

- ① 医療機関の受診等証明書
- ② 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 福井県内に住所を有していることが証明できる書類
- ④ 夫婦であることが証明できる書類
- ⑤ その他知事が必要と認める書類

