

福井市特定不妊治療費助成申請書

回目

福井市長

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。
 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

年 月 日

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 年 月 日 (歳)
妻		昭和 年 月 日 (歳)
住民登録の住 所	〒 電話	
夫婦の住民登録の住所 が異なる場合に記入 (夫・妻)	〒 電話	
今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。	1. 保険診療で実施される特定不妊治療 2. 先進医療およ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. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される特定不妊治療 4. 保険適用回数終了後の特定不妊治療	
治療内容1・2は記入 健康保険証発行機関名 (治療期間の保険証)	(本人 ・ 家族)	
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(注2)	高額療養費 <input type="checkbox"/> 有 (所得区分) ・ <input type="checkbox"/> 無 付加給付 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。
申 請 額	今回の治療にかかった自己負担額 金 _____ 円 申 請 額 金 _____ 円 ※ 申請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	
申請者氏名 (口座名義人と同じ)		
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 本店 信用金庫・信用組合 支店・出張所
	預金種別	普通 (フリガナ) _____) 当座 口座名義人 _____)
	口座番号	(左詰記入)

注1) 受診等証明書(様式2号)の今回の治療期間の終了した日の翌日から起算して7ヶ月以内に申請してください。

注2) 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。

【市記入欄】

受付	住基	治療内容 3	治療内容 4
		今年度 回目	今年度 回目 (A~F 回 / GH 回)

