

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 平成	年 月 日 (歳)
妻		昭和 平成	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 該当するものに○を付 けてください。	県 助 成	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	
	市 助 成	I. 上記「3」の治療と組み合わせて実施された県助成対象外の「国で審議中の技術」 または「先進医療」 (※ 県助成「3」と同時に申請すること) II. 上記「4」の治療と組み合わせて実施された県助成対象外の「国で審議中の技術」 または「先進医療」 (※ 県助成「4」と同時に申請すること)	
健康保険証発行機関名 (※治療期間の保険証)	治療内容 1・2	(本人・家族)	
今回の治療費に対する高額療養費 および付加給付の有無 (注2)	該当に <input checked="" type="checkbox"/>	高額療養費 付加給付	<input type="checkbox"/> 有 (所得区分) ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
申請額 ※申請額は裏面の算定 方法による	県助成 (1~4) ①		市助成 (I~II) ②
	自己負担額 (裏面ア) 金 _____ 円		自己負担額 (様式第8号領収金額) 金 _____ 円
	申請額 (裏面イまたはウ) 金 _____ 円		申請額 (裏面 a または b) ※上限 20 万円 金 _____ 円
		合 計 ① + ② 自己負担額 金 _____ 円 申請額 金 _____ 円	
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 信用金庫 ・ 信用組合 本店 支店 ・ 出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 ()
	口座番号	右詰	

注1) 受診等証明書 (様式第2・8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か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)

申請額算定方法

【県助成】

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

↓様式第2号領収金額 ↓高額療養費+付加給付の金額

・ _____ 円 - _____ 円 = _____ 円…ア

・ ア - 6万円 = _____ 円…イ

ア × 1/2 = _____ 円…ウ

- ・ 申請額 イ または ウ のいずれか高い金額 _____ 円 (一円未満切り捨て)

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

・ 様式第2号領収金額※ = _____ 円……ア
 ※ 「国で審議中の技術」や「先進医療」等に要する費用分を除いた額

・ ア - 6万円 = _____ 円……イ

ア × 17/20 = _____ 円……ウ

- ・ 申請額 イ または ウ のいずれか高い金額 _____ 円 (一円未満切り捨て)

【市助成】

- I. 上記「3」の治療と組み合わせて実施された「国で審議中の技術」または「先進医療」
 - II. 上記「4」の治療と組み合わせて実施された「国で審議中の技術」または「先進医療」

↓様式第2号領収金額 ↓様式第8号領収金額 ↓上記「3」又は「4」の申請額

※ _____ 円 + _____ 円 - _____ 円 - 6万円 = _____ 円…a

※ 国で審議中の技術や先進医療等に要する費用分を除いた自己負担額

↓様式第8号の領収金額

_____ 円 × 1/2 = _____ 円…b

- ・ 申請額 a または b のいずれか高い金額 ※ _____ 円 (一円未満切り捨て)
 ※ただし、20万円を上限とする