

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 所	〒 _____ 電話 _____				
夫婦の住所が異なる 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				
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			※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をして ください。
	付加給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
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 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	(左詰記入)			
過去にこの助成金を受けたことが ありますか		ない ・ ある → 過去 (_____) 回受けた 助成金を受けた他都道府県等名 _____			

注1) 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】

初回治療 開始時妻年齢	39↓・40↑	2人目以降初回 治療開始時妻年齢	39↓・40↑	男性不妊	回目
助成状況	通算 年目	通算 回目	今年度 回目	人目	回目
	県: 回目	先進: 回目	審議中: 回目	終了: 回目	

申請額の算定方法

【県の制度に基づく助成の場合】

- 「1 保険診療で実施される特定不妊治療」または
「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」の場合

- 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア
- ※ _____ 円 - _____ 円 = _____ 円
↑医療機関の「受診等証明書」記載の領収金額 ↑高額療養費および付加給付の額
- 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」または
「4 保険適用回数終了後の特定不妊治療」の場合

- 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア
※ 国で審議中の技術分を除いた自己負担額
- 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)