

福井市精巣内精子採取術費用助成申請書

福井市長

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。
 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)			
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 _____	
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)	

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。

申請額の算定方法

保険診療の場合

- ・ 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア

$$\text{※} \quad \underline{\hspace{2cm}} \text{円} - \underline{\hspace{2cm}} \text{円} = \underline{\hspace{2cm}} \text{円}$$

↑ 医療機関の「受診等証明書」に記載の領収金額
↑ 高額療養費および付加給付の額

- ・ ア - 6万円 = _____ 円……イ

$$\text{ア} \times 1/2 = \underline{\hspace{2cm}} \text{円……ウ}$$

- ・ 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）

自費診療の場合

- ・ 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア

$$\text{ア} - 6万円 = \underline{\hspace{2cm}} \text{円……イ}$$

$$\text{ア} \times 17/20 = \underline{\hspace{2cm}} \text{円……ウ}$$

- ・ 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）