

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 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 | | | |
| 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 | | ※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 | (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6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。

| | |
|----|----|
| 受付 | 住基 |
| | |

申請額の算定方法

保険診療の場合

↓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金額 ↓治療にかかった自己負担額

※ _____ 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）

自費診療の場合

・ 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア

・ 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）