（様式第１号）

福島県不妊治療支援事業助成金申請書

　年　 　月　 　日

福島県知事

関係書類を添えて下記のとおり（不妊治療費・不妊検査費）の助成を申請します。

（収受欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | （ふりがな）  氏　　　　　名 | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 申請者 | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | |
| 配偶者 | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | |
| 住所（＊１）  □書類送付先 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（自宅）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　（携帯） | | | | | | | | | | |
| 住所（＊２）  □書類送付先 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（自宅）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　（携帯） | | | | | | | | | | |
| 過去の助成歴  （Ｒ５年度以降の通算助成回数） | | （助成内容）  ①保険診療となる治療と保険外  診療となる治療の併用　　　　　　（　　　）回  ②先進医療　　　　　　　　　　　　　　（　　　）回  ③保険の回数又は年齢上限超過　（　　　）回  ④不妊症検査　　　　　　　　　　　　　（　　　）回 | | | | | | | | | １回目の治療開始時の妻の  年齢（＊３）  □40歳未満　□40歳以上 | |
| 申請内容 | | □保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用  □先進医療　　□保険の回数又は年齢上限超過　　□不妊症検査 | | | | | | | | | | |
| 今回の申請内容の申請回数 | | （　　　　）回目　※回数リセットの場合　子の氏名（　　　　　　　　）  子の生年月日（令和　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | |
| 助成申請額 | | 助成対象経費　※先進医療の場合は先進医療費のみ（証明書代含む）を記載   |  |  | | --- | --- | | ａ　不妊治療費又は不妊検査費  　　（証明書発行費用を含む） | 円 | | ｂ　男性不妊治療費 | 円 | | ｃ　他自治体からの助成済額 | 円 |   **申請額**   |  |  | | --- | --- | | ※（ａ＋ｂ－ｃ）と上限額の低い方 | 円 | | | | | | | | | | | |
| 振  込  先 | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普通  当座 | | （ふりがな）  口座名義人 | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 口座番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | | （右詰記入、空欄は０埋め） |

注）太枠の中を記入してください。

＊１：夫婦の住所を記入してください。

＊２：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

＊３：回数をリセットする場合は、リセット後1回目の治療開始時点の年齢

（添付書類）１．福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書（明細書等添付）※必須

２．住民票等夫婦の住所を確認できる書類 ※必須

３．夫婦であることを証明する書類　※２で確認できる場合は省略可能

４．子の住民票、戸籍謄本等　※助成回数をリセットする場合

５．振込口座が確認できる通帳等の写し

助成の適正を判断するため、必要に応じ、下記の点について照会することがありますので御了承ください。

○　受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することもあります。

○　過去の不妊治療費等助成状況について疑義が生じた場合は、他の自治体へ照会することもあります。