

小浜市不妊治療費助成金交付申請書

小浜市長 様

〒917-

申請者 住所 小浜市

氏名

印

電話番号

小浜市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

診療を受けた夫婦の氏名		生年月日	保険証発行者名称
夫		年 月 日生	
妻		年 月 日生	

医療機関記入欄		
病名		
治療方法区分	人工授精	特定不妊治療
治療期間 <small>※不妊治療開始時とは、治療期間の初日をいう。 ※治療期間は治療方法の区分なく、初日から最終日までが1年を超えない。</small>	年 月 日 から 年 月 日 まで <small>※福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業を受けている場合は初日指定(初日を 年 月 日とする)</small>	年 月 日 から 年 月 日 まで
治療費 (原則、保険診療適用外の診療費)	円	円
	<small>※福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業を受けている場合は、その申請に添付した保険診療分も含める。</small>	<治療内容> 体外受精 顕微受精 A B C D E F G H 福井県特定不妊治療助成申請 (回分) <small>※申請期間の治療において1回以上県助成に該当の場合、県助成の回数を越えた治療についても小浜市助成対象となります。</small>
	福井県検査一般治療費助成申請 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
	合計	円
上記のとおり夫婦間での不妊治療を実施したことを証明します。		
		年 月 日
患者氏名		

医療機関 住所		
名称		
主治医		印

【同意欄】

小浜市が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本台帳、市税納税状況等について公簿等を閲覧し調査することに同意し申請します。

申請者

印

《添付するもの》

- ① 治療期間内治療費の、**領収書**および医療費明細書、または、医療機関の発行する受診証明書（医療機関の押印があるもの）

※原本（提出時に写しを取らせていただきます）

これら、添付する領収証等で確認できる保険外診療費の合計額が、表面、交付申請書の治療費額と合致すること

※福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業に該当する場合は、県に申請した保険診療分の書類も併せて提出。その場合は、保険診療分を含む治療費合計額が、表面、交付申請書の治療費額と合致すること

- 夫婦ともに1年以上、継続して小浜市に住所を有する場合は、表面の同意（署名）のもと、以下②、③の書類については提出不要です**

※提出が必要な場合、②、③の書類は申請日の1か月以内発行のもの

- ② **住民票**（続柄記載の世帯全員のもの）原本（返却しません）

ただし、夫婦のどちらかが小浜市に住所を有しない場合、または外国人の方の場合は、戸籍謄本、日本国籍を持つ配偶者の戸籍抄本、婚姻証明書等、法律上の婚姻していることが証明できる書類を追加すること

- ③ **納税証明書**（夫と妻の分）原本（返却しません）

- ④ 福井県不妊検査・一般不妊治療費および福井県特定不妊治療費助成承認**決定通知書**

※原本（提出時に写しを取らせていただきます）

※申請する治療期間内に受けた回数分、全ての決定通知書を提出してください

※県の助成承認決定通知書の通知を受ける前に本事業申請を行う場合は、市において県に対し申請および受理、承認の確認を行います。（書類の提出が不要になるわけではありません。要後日提出）

