

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。

	(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 金庫 農協	本店 支店 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

(収受欄)

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。