

(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。

	(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)	〒	連絡先(自宅) (携帯)	
住所(*2)	〒	連絡先(自宅) (携帯)	
過去の助成歴 (治療歴)	(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 ※保険適用による治療 () 回	1回目の治療開始時の妻の 年齢(*3) <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上	
申請内容	<input type="checkbox"/> 保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 保険の回数又は年齢上限超過 <input type="checkbox"/> 不妊症検査		
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()		
助成申請額			
a 生殖補助医療に要した費用		円	申請額
b 男性不妊治療に要した費用		円	(a+b 又は c) - d
c 不妊症検査に要した費用		円	と上限額の低い方
d 他自治体からの助成済み額		円	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

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。