様式第１号

検査・治療

**福井県不妊検査・一般不妊治療費助成申請書**

関係書類を添えて下記のとおり不妊検査および一般不妊治療費に係る医療費の助成を申請します。

また、福井県が不妊検査等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏　　　名 | | | | | | | |  | | | |
| 夫 | |  | | | | | | | | 年 　 月 　 日（　 歳） | | | |
|  | | | | | | | |
| 妻 | |  | | | | | | | | 年 　 月 　 日（ 　 歳） | | | |
|  | | | | | | | |
| 申請者住所  申請者＝夫または妻  振込先口座名義人と同じ | | 〒  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 配偶者住所  （※申請者と異なる場合のみ記入） | | 〒  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 不妊検査・  一般不妊治療期間 | 夫 | | 年　　月　　日から　 　年　 　月　 　日まで | | | | | | | | | | |
| 妻 | | 年　　月　　日から　 　年　 　月　 　日まで | | | | | | | | | | |
| 申請額 | 円 | | | | | | | （計算式）  対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る自己負担額合計  　　　　　　円×1/2＝　　　 　円（一円未満切り捨て）  ＝申請額　　　　　　　円　※上限35,000円  ただし、令和４年３月３１日以前に人工授精を実施している場合  ※上限50,000円 | | | | | |
| 過去に自治体から受けた不妊検査・一般不妊  治療の助成 | 過去に福井県から不妊検査費・一般不妊治療費または特定不妊治療費助成事業の助成を受けたことが  □ある　（　　年　　月頃）　　　　□ない | | | | | | | | | | | | |
| 福井県知事　様  　　年　　月　　日  申請者氏名  （口座名義人と同じ） | | | | |  | | | | | | | | |
| 申請受理年月日 | | 年　 　 月　 　日 | | | | | （承認・不承認）  決定年月日 | | | | 年 　　月 　　日 | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |

<注意>太枠の中をご記入下さい。

＜添付書類＞

1. 不妊検査・一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第２号）
2. 不妊検査・一般不妊治療を受けた医療機関や薬局が発行する領収書の写し
3. 夫婦の住民票（原本）※マイナンバー記載なし、申請日から3か月以内に発行されたもの
4. 法律婚の場合：夫婦いずれかの戸籍抄本（原本）

事実婚の場合：夫婦両人の戸籍抄本（原本）　　※申請日から3か月以内に発行されたもの

1. 債権債務者（登録・変更）申請書

振込先口座の通帳の写し　※口座名義人、口座番号がわかるページのみ

1. 事実婚の場合にあっては、事実婚関係に関する申立書・意向確認書（様式第３号）

様式第１号

＜記載例＞※赤字部分が記載部分

検査・治療

**福井県不妊検査・一般不妊治療費助成申請書**

関係書類を添えて下記のとおり不妊検査および一般不妊治療費に係る医療費の助成を申請します。

また、福井県が不妊検査等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

申請日時点の年齢

医療機関記載の証明書で証明された期間を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏　　　名 | | | | | | | |  | | | |
| 夫 | | **ふくい　たろう** | | | | | | | | **６１** 年 **４** 月　**１** 日（**３６**歳） | | | |
| **福井　太郎** | | | | | | | |
| 妻 | | **ふくい　はなこ** | | | | | | | | **６１** 年 **４** 月 **２** 日（**３５**歳） | | | |
| **福井　花子** | | | | | | | |
| 申請者住所  申請者＝夫または妻  振込先口座名義人と同じ | | 〒**910-8580**  日中連絡可能な連絡先  携帯も可  **福井市大手町3-17-1**　　　　　　電話　**0776（　20　）0286**  申請者と住所が異なる場合のみ記入 | | | | | | | | | | | |
| 配偶者住所  （※申請者と異なる場合のみ記入） | | 〒  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 不妊検査・  一般不妊治療期間 | 夫 | | **令和３**年**１２**月**３１**日から　**令和４**年　**３**月**３１**日まで | | | | | | | | | | |
| 妻 | | **令和３**年**１０**月**２０**日から　**令和４**年　**３**月**３１**日まで | | | | | | | | | | |
| 申請額 | **３５，０００**　円 | | | | | | | （計算式）  対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る自己負担額合計  **76,543**　円×1/2＝　**38,271** 円（一円未満切り捨て）  ＝申請額　　**35,000**　円　※上限35,000円  ただし、令和４年３月３１日以前に人工授精を実施している場合  ※上限50,000円 | | | | | |
| 過去に自治体から受けた不妊検査・一般不妊  治療の助成 | 過去に福井県から不妊検査費・一般不妊治療費または特定不妊治療費助成事業の助成を受けたことが  □ある　（　　年　　月頃）　　　　**☑**ない | | | | | | | | | | | | |
| 福井県知事　様  **令和４**年　**４**月　**１**日  申請者氏名  （口座名義人と同じ） | | | | | 口座名義人（債権債務者登録申請書に書いた人）の名前を記入  **福井　太郎** | | | | | | | | |
| 申請受理年月日 | | 年　 　 月　 　日 | | | | | （承認・不承認）  決定年月日 | | | | 年 　　月 　　日 | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |

<注意>太枠の中をご記入下さい。

＜添付書類＞

①不不妊検査・一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第２号）

②不妊検査・一般不妊治療を受けた医療機関や薬局が発行する領収書の写し

③夫婦の住民票（原本）※マイナンバー記載なし、申請日から3か月以内に発行されたもの

④法律婚の場合：夫婦いずれかの戸籍抄本（原本）

事実婚の場合：夫婦両人の戸籍抄本（原本）　　※申請日から3か月以内に発行されたもの

⑤債権債務者（登録・変更）申請書

振込先口座の通帳の写し　※口座名義人、口座番号がわかるページのみ

⑥事実婚の場合にあっては、事実婚関係に関する申立書・意向確認書（様式第３号）