

福井県精巣内精子採取術費用助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。
また、本申請に係る治療は、他都道府県及び市町村が実施する不妊治療費助成事業による助成を受けたものではありません。

記

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
夫			昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻			昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所 (※1)	〒 電話 ()			
住所 (※2) (夫・妻)	〒 電話 ()			
加入している 健康保険・区分	保険者名 区分 ア・イ・ウ・エ・オ 該当する記号に○を付けてください。			
今回申請する治療費 に対する高額療養費 および付加給付の有 無	高額療養費	☐ 有 ・ ☐ 無		※該当するものに☑を してください。
	付 加 給 付	☐ 有 ・ ☐ 無		
申 請 額 (請 求 額)	今回の治療にかかった自己負担額 金 円			
	申 請 額 (請 求 額) 金 円 ※申請額 (請求額) の記入にあたっては、裏面の算定方法によってください。			
申請・請求者氏名 (発行責任者および担当者) (口座名義人と同じ) 年 月 日 福井県知事 様				

注 1) 太枠の中をご記入下さい。
※ 1 : 夫婦の住所を記入する。
※ 2 : 夫婦の住所が異なる場合に記入する。
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。
注 2) 治療の終了した日の翌日から起算して 7 月を経過する日までに申請してください。

<添付書類>
不妊治療 (生殖補助医療) 費 (様式第 1 号) と併せて申請する場合、③～⑤は写しを添付してください。
① 医療機関の受診等証明書
② 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
③ 福井県内に住所を有していることが証明できる書類
④ 夫婦であることが証明できる書類
⑤ その他知事が必要と認める書類

申請額の算定方法

保険診療の場合

- ・ 治療にかかった自己負担額 _____ 円……ア
- ※ _____ 円 — _____ 円 = _____ 円
- ↑ 医療機関の「受診等証明書」に記載の領収金額 ↑ 高額療養費および付加給付の額
- ・ ア — 6 万円 = _____ 円……イ
- ア × 1 / 2 = _____ 円……ウ
- ・ 申請額 イまたはウのいずれか高い金額 _____ 円（一円未満切り捨て）

自費診療の場合

- ・ 治療にかかった自己負担額 _____円……ア

- ・ ア － 6万円 = _____円……イ
 ア × 17／20 = _____円……ウ

- ・ 申請額 イまたはウのいずれか高い金額 円（一円未満切り捨て）

～ 不妊治療（生殖補助医療）費助成事業に関するアンケート ～

不妊治療（生殖補助医療）費助成事業の成果を把握し、今後の不妊治療等に対する支援を一層充実していく上での検討の参考とするため、アンケートへの回答に御協力をお願いいたします。

1. あなたはこの助成金があることを何で知りましたか。
①医療機関（受付の方等から） ②チラシやポスター ③ホームページ ④市町広報誌
⑤知り合いからの情報 ⑥その他（ ）
2. 助成金によって治療費への不安は軽減されましたか。
①軽減された ②軽減されていない ③不安はなかった
3. 助成金によって希望する治療を受けられるようになりましたか。
①受けられるようになった ②受けられていない ③変わらない
4. 助成金制度に関することや不妊治療に関することについての要望等（自由記載）
