

敦賀市特定不妊治療費（精巣内精子採取術費用）助成金交付申請書

敦賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱 第8条第1項の規定に基づき、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。

年 月 日

敦賀市長 殿

申請者氏名 _____

(口座名義人と同じ)

記

助成額

円

申請者記入欄			
申請する夫婦の氏名 (ふりがな)		生 年 月 日 (年齢)	福井県への申請状況
夫	ふりがな	年 月 日 (歳)	有 ・ 無 ※有の場合 (年 月 日)
妻	ふりがな	年 月 日 (歳)	助成額 _____ 円
申請者住所	〒 _____ 敦賀市 電話 _____		
住所 (夫・妻)	〒 _____ *夫婦の住所が異なる場合のみ記入 電話 _____		
精巣内精子採取術費用 (本人負担額)		金	円
申 請 額		金	円
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類) ※ 特定不妊治療費と併せて申請する。

- ①受診等証明書 (様式第2号の2) 福井県特定不妊治療費助成事業の受診等証明書の写しでも可
- ②医療機関発行の領収書の原本 明細がわかるものを添付してください
- ③福井県特定不妊治療費助成事業交付決定通知書の原本 (精巣内精子採取術費用助成に関するもの)