

様式第2号（第6条関係）

精巣内精子採取術費助成申請書兼請求書

永平寺町特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、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（請求）します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	県の申請状況	
夫		昭和 平成 年 月 日 (歳)	・済(年 月 日) ・未	
妻		昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住所 (※1)	〒 電話 ()			
住所(※2) (夫・妻)	〒 電話 ()			
申請者氏名 氏名 _____ ※本人が自署または記名押印 (口座名義人と同じ) 今回の治療にかかった本人負担額 金 _____ 円 県の助成額 金 _____ 円 申請額(請求額) 金 _____ 円 年 月 日 永平寺町長 様				
助成 金 振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合 店		
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	()
	口座 (左詰記入)	店番号	口座番号	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

注1) 太枠の中をご記入ください。

※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) 治療終了後、なるべく早く申請してください。

治療の終了した日の属する年度内に申請してください。

<添付書類>

- ① 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書（県へ提出した受診等証明書写しで可）
- ② 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 永平寺町内に住所を有していることが証明できる書類（県へ提出した書類の写しで可）
- ④ 夫婦であることが証明できる書類（③で確認できる場合は省略可。申請日から3か月以内のもの）
- ⑤ 福井県特定不妊治療費助成金交付決定書
- ⑥ その他町長が必要と認める書類

年 月 日

永平寺町長 様

精巣内精子採取術費助成申請に係る状況照会に係る同意書

私たちは、永平寺町が助成の適正を判断するために必要な場合は、精巣内精子採取術費の受給状況について、永平寺町以外の自治体へ照会することに同意します。

【申請者】 氏 名： _____

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

※本人が自署または記名押印

【配偶者】 氏 名： _____

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

※本人が自署または記名押印