

様式第1号（第7条関係）

あわら市特定不妊治療費助成申請書兼請求書

あわら市長 様

年 月 日

申請者氏名

(口座名義人と同じ)

あわら市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて特定不妊治療費の助成を申請（請求）します

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	通知送付先に関する希望	
夫		年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> なし (申請者住所に送付) <input type="checkbox"/> あり	
妻		年 月 日 ( 歳)		
住所	あわら市		電話 ( )	
住所 (夫・妻)	申請者と住所が異なる場合のみ記入		電話 ( )	
今回の 治療内容  (該当する番号 に○を記載)	1. 保険診療で実施される特定不妊治療 2. 先進医療及びそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される特定不妊治療 4. 保険適用回数終了後の特定不妊治療 5. 精巣内精子採取術			
上記、1～4 の治療	自己負担額	円	福井県への 申請状況	有 (助成額: 円) 無
	申請額	円		
上記、5の治療	自己負担額	円	福井県への 申請状況	有 (助成額: 円) 無
	申請額	円		
申請額計	円			
他の自治体 (福井県を除く) からの助成	有 ・ 無			
振込先	(ふりがな) 口座名義	※口座名義人はあわら市民に限る		
	金融機関名	本店・支店		
	種 別	普通・当座	口座番号	
同意確認	市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳の情報や納税の状況を閲覧することに同意します。また、助成要件の審査のために必要な場合、他の自治体に対する申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会、保険者への高額療養費等の支給状況の確認を市が行うことについて同意します。			
	申請者		配偶者	

注) 福井県が交付する特定不妊治療助成承認決定通知書の交付日から1か月以内に申請してください。

## 提出書類

- ① あわら市特定不妊治療費助成申請書兼請求書（様式1号）
- ② 法律婚の場合は、夫婦ともにあわら市民で同一世帯の場合を除き、戸籍謄本（発行から3か月以内のもの、写しでも可）
- ③ 事実婚の場合は、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの、写しでも可）、住民票（あわら市民でない方の分のみ）および事実婚関係に関する申請書・意向確認書（様式6号）
- ④ あわら市特定不妊治療受診等証明書（様式3号）  
※ 福井県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写しでも可。
- ⑤ 精巣内精子採取術を受けた場合は、あわら市精巣内精子採取術受診等証明書（様式4号）  
※ 福井県精巣内精子採取術受診等証明書の写しでも可。
- ⑥ 医療機関発行の領収書原本
- ⑦ 夫婦の納税証明書（完納証明書）  
※ 申請書の同意確認欄に署名があり、市が納税状況を確認できる場合には提出不要。
- ⑧ 助成金の振込口座が確認できるもの（通帳等）
- ⑨ 福井県特定不妊治療費助成事業交付決定通知書（写しでも可）
- ⑩ 高額療養費や付加給付の支給がある場合は、支給金額が確認できる書類

## 注意事項

1. 「4 自己負担額」について
  - ① 保険診療の場合で高額療養費等の支給対象となる場合は、本人負担額から高額療養費や付加給付等の支給額を除いた額を記載してください。
  - ② 「国で審議中の技術と組み合わせる特定不妊治療」に該当する場合、国で審議中の技術に要する費用は助成対象外ですので、本人負担額には含めないでください。
2. 「申請額について」  
「今回の治療にかかった自己負担額」から、福井県特定不妊治療費助成事業による助成額を除いた額を記載してください。