

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、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請（請求）します。

記

※太枠の中をご記入ください。

No.	(ふりがな) 氏名	生年月日	県の支給決定日
夫		年 月 日 (歳)	年 月 日
妻		年 月 日 (歳)	送付先に関する希望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
住所	あわら市 電話 ()		
住所 (夫・妻)	夫婦の住所が異なる場合にご記入ください。 電話 ()		
今年度、本市以外の市町村から特定不妊治療の助成を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 助成を受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けた	「受けた」場合、交付決定日等 年 月 日 自治体名 助成額 年 月 日 自治体名 助成額 年 月 日 自治体名 助成額	
<ul style="list-style-type: none"> ● 特定不妊治療費助成の対象であることの証明のため、住民情報関係及び税関係の調査を私たち夫婦に対して実施することに同意します。 ● 助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診証明書の内容を照会することについて同意します。 <p>申請者氏名 (口座名義人と同じ) _____ ※夫又は妻が記名</p> <p>保険適用外の特定不妊治療費（負担額） 金 _____ 円 上記の7割相当額 金 _____ 円 県の助成額 金 _____ 円 申請額（請求額） 金 _____ 円</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">あわら市長 様</p>			
振込先	(ふりがな) 口座名義※	※口座名義人はあわら市民に限ります	
	金融機関名	支店	
	種別・口座番号	普通・当座	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

<添付書類>

- ① 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書（福井県が定める様式の写しでも可）
- ② 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の原本
- ③ 福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し