

様式第1号(第6条関係)

高浜町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

高浜町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

高浜町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

診療を受けた夫婦の氏名		生年月日				
夫		昭和	平成	年	月	日生
妻		昭和	平成	年	月	日生

治療内容	
診療開始日	年 月 日
治療内容	人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊
治療期間	年 月 日 から 年 月 日
治療費	治療にかかった自己負担額 円 申請額 円

【人工授精に係る受診等証明】

※医療機関にて記入

医療機関記入欄	
診療開始日	年 月 日
治療期間	年 月 日 から 年 月 日
治療費	(助成対象となる費用) 円

下記の者については、人工授精以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、上記のとおり人工授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費等を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

患者氏名 様

医療機関 住所
名称
氏名
電話番号

印

<添付書類>

	特定不妊治療のみ	人工授精のみ	特定不妊治療と人工授精の両方
① 福井県特定不妊治療費助成申請書の写し	○	不要	○
② 福井県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し	○	不要	○
③ 福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し	○	不要	○
④ 福井県精巣内精子採取術費用助成申請書の写し	該当の方のみ	不要	該当の方のみ
⑤ 福井県精巣内精子採取術受診等証明書の写し			
⑥ 医療機関発行の領収書（人工授精に係るもの）	不要	○	○
⑦ 住民票（続柄記載のもの）	○	○	○
⑧ 夫婦両人の納税証明書	○	○	○
⑨ 夫婦両人の戸籍謄本	不要	該当の方のみ	不要
⑩ 事実婚関係に関する申立書・意向確認書（様式第2号）	該当の方のみ		

※下記の内容に同意した場合、⑦については提出不要です。

私は、高浜町不妊治療費助成の交付要件の確認のため、高浜町長が住民基本台帳に関する公簿を閲覧、及び調査することに同意します。

夫氏名：

妻氏名：