

(様式第1号)

福島県不育症治療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	()	昭和・平成	年 月 日 (歳)
妻	()	昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所(*1)	〒	連絡先(自宅) (携帯)	
住所(*2)	〒	連絡先(自宅) (携帯)	
妻の健康保険	名称:	記号番号:	
過去における不育症治療にかかる助成の有無 (他地方公共団 体で助成された ものも含む)	有:()回		
	助成対象の治療期間	助成した地方公共団体名	助成金額
	~		円
	~		円
無			円
申請者 氏名 _____			
申請金額 金 _____ 円			
年 月 日			
福島県知事			
振 込 先	金融機関名	銀行	本店
	種	普通 当座	(ふりがな) 口座名義
保健福祉事務所(中核市の場合 は市窓口)に提出する日を記入 してください。		訂正箇所がある場合は、必ず二重 線で消し、訂正印を押印してくだ さい。ただし、申請金額の訂正は できませんので、再度新しい申請 書に記入してください。	
受給者			

注) 太枠の中を記入してください。

*1: 夫婦の住所を記入してください。

*2: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

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います。

(裏)

助成の適正を判断するため、必要に応じ、下記の点について照会することがありますので御了承ください。

- 受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 他の地方公共団体で助成を受けられる可能性がある場合は、当該地方公共団体へ照会することがあります。

【添付書類】

1. 福島県不育症治療費助成事業申請金額明細書（様式第2号）
2. 医療機関が発行した領収書及び診療報酬明細書、保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等、1の額が確認できる書類
3. 福島県不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
4. 住民票等夫婦の住所を確認できる書類
5. 夫婦であることを証明する書類（事実婚の場合は、重婚でないことを証明する書類。）
（戸籍謄本等。ただし、4で確認できる場合は不要。）
6. 妻の健康保険証の写し
7. 振込先の口座番号等が確認できる通帳の写し等