

精巣内精子採取術費用助成申請書兼請求書

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)	〒 鯖江市	電話	()
住所(※2) (夫・妻)	〒	電話	()
申請者氏名 (口座名義人と同じ) _____ (自署)			
精巣内精子採取術費用(本人負担額)		金	_____ 円
申請額(請求額)		金	_____ 円
年 月 日		鯖江市長	様
助成金振込先	(ふりがな) 口座名義人		
	金融機関名	支店名	
	預金種別 および口座番号	普通 当座	
精巣内精子採取術費用助成の認定に必要な住民情報の調査に同意します。 同意します 氏名 _____ (自署)			

※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。

<添付書類>

- ① 精巣内精子採取術受診等証明書
- ② 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 市税に滞納がないことを証明できる書類(納税証明書)
- ④ 夫婦であることを証明できる書類

- ・夫婦ともに鯖江市民で同一世帯の場合、住民情報の調査に同意があれば省略可。
- ・事実婚の夫婦は二人の戸籍謄本が必要。