

魚津市男性不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚津市長 あて

〒

申請者 住所

氏名

印

(電話番号)

魚津市特定不妊治療費助成(男性不妊治療分)の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名		生年月日・年齢(この申請における治療開始日の年齢)											
夫		年 月 日 ( 歳)											
妻		年 月 日 ( 歳)											
住所(申請者同一世帯でない場合)		(夫・妻)											
加入健康保険等の規定による当該治療費自己負担分の給付の有無											有 ・ 無		
当該治療に対する他の助成等受給の有無 <small>※未申請でも要件に該当し受給可能な場合も含む</small>											有 ・ 無		
助成金の振込先	金融機関名					支店名							
	預金種別	1普通	2当座	口座番号									
(口座は申請者のものであること)	フリガナ												
	口座名義人												
魚津市長あて この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況及び他の助成等の受給状況を調査することに同意します。(本人自署の場合、印鑑を省略できます。)													
夫氏名				印				妻氏名				印	
※同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類、受給状況を確認できる書類を提出ください。													

受診・領収証明書(男性不妊治療専用) ※医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻	
治療方法(該当する記号に○を、該当□にチェックをつけてください)				
A 精巣内精子生検採取法(TESE) B その他精巣上体内精子吸引法(MESA)等				
精子回収の有無 □有 □無				
特定不妊治療実施医療機関名				
(採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了した場合は空欄)				
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額(保険適用外の自己負担額)	(男性不妊治療費分のみ) 男性不妊治療費		円	領収金額に含まない 院外処方の有無
有 ・ 無				
上記のとおり治療し、その費用を領収したことを証明します。				
年 月 日				
男性不妊治療実施 医療機関 所在地				
名称				
医師名				
印				

- 対象となる治療方法は、特定不妊治療に至る過程の一環として行うもので、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術です。指定医療機関又は指定医療機関から紹介を受けた医療機関での治療に限ります。
- 対象となる治療は、保険適用外の治療です。食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用、不妊診断のための検査費は、対象となりません。
- 特定不妊治療に係る助成金の申請は、「特定不妊治療費助成金交付申請書」を使用ください。