

福岡市不育症検査費・治療費助成事業申請書

(申請先) 福岡市長

関係書類を添えて次の通り不育症検査費・治療費助成事業申請した内容について確認の必要があります。また、助成決定後は、その決定額を請求させていただきます。

夫婦それぞれが自署・押印又は自筆による署名をしてください(スタンプ印不可)

と同意します。

(太枠の中をご記入ください)

令和7年 6月 1日

		夫				妻								
申請者	(フリガナ)氏名	(フクオカ タロウ) 福岡 太郎				(フクオカ ハナコ) 福岡 花子								
	生年月日	昭和・平成58年 1月 1日 (37歳)				昭和・平成58年 2月 2日 (37歳)								
申請者住所	〒	810-8620				今回の治療開始時の妻の年齢 (36歳)								
	住所	福岡市中央区天神1-8-1												
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください	天	〒												
	妻	東京				道								
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組国保・ 健保 共済・その他 (全国健康保険協会▲▲支部)													
加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組国保・ 健保 共済・その他 (全国健康保険協会▲▲支部)													
助成対象経費に係る他の給付実績	他の給付実績の有無 有・ 無 ※「有」の場合助成を受けた給付者及びその金額 給付者名 () 金額 円													
申請額	50,000円				本人負担額の1/2 (1円未満切り捨て), 上限額50,000円									
振込先	金融機関名及びコード	市役所		銀行 金庫	天神		本店	金融機関コード		店番				
	預金種別	1普通		(フリガナ)	(フクオカ タロウ)		支店	0	1	2	3	4	5	6
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	(右詰めで記載し、空欄に0を記入)					

屋間連絡がとれる連絡先を記入

夫婦の住所が異なる場合は記載してください。その場合、住所要件の申立書もあわせて提出してください。

注 申請者・配偶者が、それぞれ記名・押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします

添付書類

- 福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診書
- (ア)、(イ)のいずれかの書類
(ア) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)
(イ) 事実婚の関係にある夫婦であることを証明できる書類(夫婦それぞれの戸籍謄本、申立書等)
- 振込先の通帳(表紙裏の名義人と口座番号が記載されている箇所)の写し

申請者名義の個人口座を記入

担当者記入	<input type="checkbox"/> 検査・治療期間及び申請時に福岡市に住所を有している	決定年月日(承認・不承認)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 婚姻関係を確立		
受給者番号			

									決 定 金 額					円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	---