

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・治療費の助成を申請します。
申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することに同意します。
また、助成決定後は、その決定額を請求します。下記の振込先に振り込んでください。

		年		月		日					
		夫				妻					
申請者	(フリガナ) 氏 名	() ④ (注)				() ④ (注)					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)				昭和・平成 年 月 日 (歳)					
申請者 住 所		〒 電話番号 () -				今回の治療開始時の妻の年齢 (歳)					
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください		夫	〒	-	都道	郡	府県	市区	妻	電話番号 () -	
加入医療保険 (夫)		【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人 ・ 被扶養者									
加入医療保険 (妻)		【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人 ・ 被扶養者									
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		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	銀行 金庫 組合 農協				本店 支店 出張所		金融機関コード		店番	
	預金種別	1 普通 2 当座		(フリガナ) 口座名義人		()					
	口座番号								(右詰めで記載し、空欄に 0 を記入)		

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等証明書（様式第 2 号）
- (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

担当者 記入	☐ 検査・治療期間及び申請時に福岡市に住所を有している ☐ 婚姻関係を確認												
	受給者 番号									決定年月日(承認・不承認)		年 月 日	
										決 定 金 額			