

申請内容、申請方法等について、必ず申請前に各区健康課等に電話等でご相談ください。

受付印

様式第1号

福岡市一般不妊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申請した内容について確認のうえ、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) 認することに同意します。 込んでください。

令和3年 2月25日

		夫				妻								
申請者	(フリガナ)氏名	(フクオカ タロウ) 福岡 太郎 ㊟ (注)				(フクオカ ハナコ) 福岡 花子 ㊟ (注)								
	生年月日	昭和・平成56年 1月 1日 (40歳)				昭和・平成56年 2月 2日 (40歳)								
申請者住所	〒	810-8620				今回の治療開始時の妻の年齢 (39歳)								
	住所	福岡市中央区天神1-8-1				電話番号 (090) ●●●● - ●●●●								
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください	夫	〒	〇〇〇-	〇〇〇〇	都道府県	〇〇	市区							
	妻	電話番号 (090)	●●●● - ●●●●		屋間連絡がとれる連絡先を記入									
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組合物保・ 健保 共済・その他 (全国健康保険協会▲▲支部) 【保険者番号】 (01234567) 【区分】 本人 ・ 被扶養者													
加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組合物保・ 健保 共済・その他 (全国健康保険協会▲▲支部) 【保険者番号】 (01234567) 【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	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)					

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うえ、申請してください。

添付書類

- 福岡市一般不妊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)
- 夫及び妻の前年(1月から5月までに申請を行う場合は前々年)の所得額がわかる証明書(市町村が発行する所得証明書)
※令和3年1月1日以降に治療を開始している場合は不要
※対象となる証明の賦課期日(1月1日)時点において福岡市民であり、同意書を提出する場合は不要
- 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
- 夫及び妻の医療保険証の写し
- 申請書に使用した申請者の認印(スタンプ印不可)

担当者記入	<input type="checkbox"/> 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"/> 婚姻関係を確認		決定金額		
受給者番号					

申請者名義の個人口座を記入