

様式第1号

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。

(太枠の中をご記入ください)

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 市区			
	妻	電話番号 ( ) -			
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組国保・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・組国保・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)
- 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

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 <input type="checkbox"/> 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		円

---

---

## 以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

---

---

この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数は1回と定められています。

ご夫婦で住所が異なる方は、福岡市以外にお住まいの自治体にこの助成金の受給状況を照会するなど、助成金を交付するために必要な下記の事項について、本市が照会・確認させていただくことがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

### 〔確認事項〕

- 1 不育症検査費・治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- 2 不育症検査費・治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 不育症検査及び治療の診療期間及び申請日に本市住民であること。
- 4 検査・治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 5 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不育症治療に関する任意の給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。