

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・治療費助成事業申請書に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

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)

に同意します。ごさい。

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 ⑩ (注)				(フクオカ ハナコ) 福岡 花子 ⑩ (注)				
	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								
	電話番号	(090) ●●●● - ●●●●				昼間連絡がとれる連絡先を記入				
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください	天	〒●●●●-●●●●				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。				
	東京	●●●● 府県				●●●● 市区				
	妻	電話番号 (080) ●●●● - ●●●●								
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)									
	【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・組国保・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
				組合	農協			支店	0 1 2 3 4 5 6	
				出張所						
	預金種別	1普通		(フリガナ)	(フクオカ タロウ)					
		2当座		口座名義人	福岡 太郎					
	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いずれかをお願いします

添付書類

申請者名義の個人口座を記入

- 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)
- 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