

受付印

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る場合は、申請書に添付してください。
また、助成決定後は、その決定額を請求書(別紙)を提出してください。
(太枠の中をご記入ください)

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)

ここに同意します。
ご記入ください。

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 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								
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください	天	〒 ●●●●-●●●●				屋間連絡がとれる連絡先を記入				
	妻	東京 〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				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。				
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 組合 農協	天神		本店 支店 出張所	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)			0 1 2 3 4 5 6		
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	福岡 太郎				(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