

様式第1号(第7条関係)

熊本市一般不妊治療(人工授精)費助成事業申請書
(兼請求委任及び口座振替依頼書)

	氏 名	生 年 月 日
夫(又はパートナー)		年 月 日 (歳)
妻(又はパートナー)		年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話 ()	
住所(※1)	〒 電話 ()	
申請額	金	円
熊本市長 (宛) 私は、関係書類を添えて一般不妊治療費の助成を申請します。 私は、今回の申請において、下記の件について同意いたします。 1. 助成の適否を判断するために必要な場合は、医療機関に対する治療内容等の照会について。 2. 治療当事者二人の所得状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等による確認について。 3. 熊本市一般不妊治療費助成金の請求を、熊本市子ども政策副課長に委任します。なお、金融機関口座に口座振替で支払われるよう依頼します。 年 月 日 申請者氏名		
過去の助成の有無(※2)	無・有 → 今年度 () 回目 助成金を受けた自治体は(熊本市・ 県・市・町・村) 初回申請における治療開始時の妻(又はパートナー)の年齢 () 歳	

(※1) 治療当事者二人の住所が、単身赴任等で異なる場合にご記入ください。(※2) 熊本市以外での助成回数を含みます。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合	支店名	支店 出張所
預金種別	普 通 当 座	口座番号	
口座名義(カタカナで記入)			

添 付 書 類		受付印	受付番号	進達日
【法律婚の場合】 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 2. 戸籍全部事項証明(熊本市において初回申請の場合又は夫婦の住所が別の場合) 3. 一般不妊治療に要した費用の領収書 4. 振込み口座情報(申請者名義の通帳)	【事実婚の場合】 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 2. 戸籍全部事項証明(治療当事者二人のもの) 3. 一般不妊治療に要した費用の領収書 4. 振込み口座情報(申請者名義の通帳) 5. 事実婚関係に関する申立書	助成 年度	受給者番号	
			今年度 回目 ・ 通算 回目 助成年度 (. . . .)	

※申請期限は、一般不妊治療を受けた日の属する月の初日から起算して1年以内です。

※助成決定額 _____ 円