

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. 転入者の方は夫婦の所得額を証明する書類 (令和2年中に治療終了している場合) 5. 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	今年度 回目 ・ 通算 回目 助成年度 (. . . .)	
			受給者番号	

※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
