

熊本市不妊治療費助成金交付申請書 (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	〒 ※治療当事者二人の住所が、単身赴任で異なる場合にご記入ください。 電話 ()	
申請額	金	円
熊本市長 (宛) 私は、熊本市不妊治療における先進医療費助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を申請します。 また、助成の適否を判断するために、必要に応じて医療機関に治療内容等の照会を行うことに同意します。 併せて、熊本市不妊治療費助成金の請求に関する一切の権限を、熊本市こども支援課長に委任します。 なお、助成金については、以下に記載の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	無・有 → 今年度 () 回目 治療開始時の妻(又はパートナー)の年齢 () 歳	
<input type="checkbox"/> 暴力団の利益となる活動を制限するため、私は暴力団でないことを宣誓します。		

金融機関名	銀行 農協	信用金庫 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. 熊本市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. 先進医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. 熊本市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. 先進医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		受給者番号	
			助成年度	今年度 回目 ・ 通算 回目 助成年度 (. . .)

※申請期限は、1回の治療が終了又は中止した日の属する年度の末日 (3月31日) です。なお、その年度中に申請ができなかった場合は、翌年度の4月最終開庁日まで申請することができる場合があります。

※助成決定額	円
--------	---