

人吉市不妊治療費(先進医療)助成事業申請書
(特定不妊治療(保険適用)と併用して実施した先進医療に係る費用)

人吉市長 松岡 隼人 様

(申請者) 氏 名 人吉 花子
電話番号 0966-24-8420



人吉市不妊治療費助成事業実施要項第 7 条第 3 号の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

対象者	夫	妻
(フリガナ) 氏 名	(ヒトヨシ タロウ) 人吉 太郎	(ヒトヨシ ハナコ) 人吉 花子
その他の世帯員	氏名 () 生年月日 (年 月 日) 氏名 ※夫婦以外に同居家族(子ども含む)がいる場合に記入。2人以上の場合は余白へ記入。	
生年月日	昭和 62 年 8 月 8 日生 (36 歳) 平成	昭和 62 年 5 月 20 日生 (36 歳) 平成
住 所	夫婦の住所が同じ場合は申請者の方のみ記入	
	〒 ー 人吉市	〒868-0071 人吉市西間下町7-1
婚 姻 年 月 日	2018 年 11 月 22 日	
今回の申請に係る	治療期間	2026 年 6 月 10 日 から 2026 年 7 月 20 日まで 治療開始日時点の妻の年齢 (36 歳)
	自己負担額 (先進医療分)	65,000 円
申請金額 ※上限:1 年度あたり 5 万円		50,000 円
その他助成の有無		☒ 本申請に係る治療に対し、他の市町村の助成を受けたことはない

(裏面もご確認ください)

同意欄

本申請の審査のため、市が以下事項について確認を行うことに同意します。

- ① 助成要件審査のため、申請者夫婦及び世帯員に関する必要な住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報を確認すること
- ② 本申請の審査に必要な範囲で、医療機関、薬局へ治療内容等について確認すること
- ③ 夫と妻が異なる住所を有する場合等、本申請の審査に必要な範囲で、他自治体へ助成金の受給状況について確認すること

同意内容をご確認いただき、

同意欄に署名

氏名 人吉 花子

※情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

【添付書類】

- 1 人吉市不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書
- 2 特定不妊治療と併用して実施した先進医療に係る領収書・明細書の写し
- 3 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(夫婦の住所地が異なる場合に限り)

市記入欄

- ☐ 住民及び居住確認 ※申請日1年以上前から市に住民票及び居住 (☐ 該当 ☐ 非該当)
- ☐ 治療開始日における婚姻確認 (☐ 有 ☐ 無)
- ☐ 治療開始日における妻年齢43歳未満 (☐ 該当 ☐ 非該当)
- ☐ 世帯において市税滞納がないこと (☐ 滞納無し ☐ 滞納有り)
- ☐ 今年度における過去の本事業助成額(上限額:夫婦1組につき、1年度当たり5万円)
助成: 無 ・ 有 ⇒ 助成額: 円
- ☐ 申請期限内であること(申請期限:治療の終了した日の属する年度の末日まで ※治療が3月に終了した場合は、翌年度4月末日まで) (☐ 期限内 ☐ 期限外)
- ☐ 受診等証明書の領収金額と領収明細書の金額が一致していること