

熊本県特定不妊治療費助成事業の交付決定を受けていることが条件です。

熊本県特定不妊治療費助成事業承認通知書の日付から6か月以内の申請であることが条件です。

【申請期限】令和5年9月30日まで

令和 年 月 日

人吉市特定不妊治療費助成事業申請書
(治療開始日が令和4年3月31日(保険適用前)以前の治療)

人吉市長 松岡 隼人 様

(申請者)

住所 人吉市西間下町 7-1

氏名 人吉 花子 (人吉)

個人番号

個人番号欄は記入不要

人吉市特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、人吉市不妊治療費助成事業実施要項第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

氏名	夫	妻
	人吉 太郎	人吉 花子
(電話番号)	0966-24-8420	
その他の世帯員氏名	夫婦以外に同居家族がいる場合は記入	
婚姻年月日	2018年 11月 22日	
県への申請年月日	2023年 3月 22日	
県で承認された助成回数	1回	
県の助成額	特定不妊治療分 (男性不妊治療分を除く)	300,000円
	男性不妊治療分	円
申請金額	自己負担額から県の助成額を控除した金額 20,000円	

【添付書類 (申請時に提出)】

- 1 熊本県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 特定不妊治療に係る領収書の写し
- 4 住民票 ※夫婦の住所が異なる場合のみ
- 5 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 (戸籍抄本)
※夫婦の住所地が異なる場合のみ
- 6 夫婦の所得額を証明する書類 ※夫婦の住所が異なる場合のみ

裏面へ

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、所得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
- ④ 本申請の審査に必要な範囲で、高額療養費や付加給付金等の支給を受けたか、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認すること

同意欄

氏名 人吉 花子

同意内容をご確認いただき、同意欄に署名

※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。