

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

氏名

印

個人番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
(電話番号)		
その他の世帯員 氏 名		
婚姻年月日	年	月 日
県への申請年月日	年	月 日
県で承認された 助成回数	回	
県の助成額	特定不妊治療分 (男性不妊治療分を除く)	円
	男性不妊治療分	円
申請金額	円	

【添付書類】

- 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
- 4 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)
※夫婦の住所が異なる場合のみ
- 5 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

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

氏名_____

※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。

同意欄