第１号様式（第７条関係）

久留米市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

受給者番号（＊１）					

申請者	（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
夫	（　　）	年　　月　　日（　　歳）
妻	（　　）	年　　月　　日（　　歳）
住所（＊２）	〒 電話　　（　　）	
住所（＊３）	〒 電話　　（　　）	

過去にこの助成金を受けたことがありますか

〔特定不妊治療（男性不妊治療分除く）〕

ない　・　ある　　→　　過去　（　　）回受けた

助成を受けた自治体は（久留米市・その他　　都・道・府・県・市）

〔男性不妊治療〕

ない　・　ある　　→　　過去　（　　）回受けた

助成を受けた自治体は（久留米市・その他　　都・道・府・県・市）

本事業の申請回数等	〔特定不妊治療（男性不妊治療分除く）〕	〔男性不妊治療〕	備考 [既出生児の氏名・生年月日]
	本年度［　　］回目 通算　（　　）年度	本年度［　　］回目 通算　（　　）年度	

上記のとおり関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

年　　月　　日

申請者

氏　名　　夫＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　妻＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申　請　額（男性不妊治療分除く）　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

申　請　額（男性不妊治療分）　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

申 請 額 合 計　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

久留米市長　あて

（注）

＊１　受給者番号の枠内は記入しないでください。

＊２　夫婦の住所を記入する。

＊３　単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

添付書類

１　久留米市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（第２号様式）

２　戸籍謄本（住民票で夫婦であることが確認できれば住民票でも可）

※事実婚の場合、事実婚について証明する書類

３　指定医療機関発行の当該治療に係る領収書の原本及びコピー

４　久留米市不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金請求書

＜審査に係る情報及び受給歴の確認を行うことに関する説明書き＞

①助成対象の審査のため、住民基本台帳による世帯状況を確認することがありますのでご承知ください。

②この助成金は、限られた公費から公正な支出を行うため、転入された方は、以前お住まいの自治体に、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分配慮し、プライバシーは遵守します。

受　付　印