

久留米市不育症検査費・治療費助成事業申請書

申請先 久留米市長

関係書類を添えて次のとおり不育症検査費・治療費の助成を申請します。

申請した内容について確認の必要がある場合は、久留米市が公簿等で確認することや医療機関等に問い合わせすることに同意します。

(太枠の中をご記入ください)

		申請日		年	月	日
申請者	(フリガナ) 氏名	夫	妻			
	生年月日	()	()			
		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)			
申請者住所		〒		今回の治療開始時の妻の年齢 (歳)		
		電話番号 — —				
上記住所と異なる場合は右欄に記入してください		夫・妻	〒			
		電話番号 — —				
申請額		計	円	検査費	円	本人負担額の1/2(1円未満切り捨て)、上限50,000円
				治療費	円	

添付書類

- 1 久留米市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 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)
※事実婚の場合は、申立書(様式第3号)
- 3 実施医療機関発行の当該検査・治療に係る領収書の原本及びコピー
- 4 久留米市不育症検査費・治療費助成事業助成金請求書
- 5 振込先の預金通帳の写し(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

受付印