

特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

みやま市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、住所及び市税等の納付状況について、職員が公簿等で確認することについて承諾します。

記

申請者	住 所	みやま市			
	※) 住 所	※単身赴任などで夫婦の住所が異なる場合記入			
	電 話 番 号				
	(ふりがな) 夫 氏 名	ⓐ	生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	
	(ふりがな) 妻 氏 名	ⓐ	生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	
	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療医療機関	医療機関名 所在地			
	治療内容	1. 体外受精	2. 顕微授精	男性不妊治療	1. なし 2. あり
	助成金の申請回数	過去の申請年度 ( . . . . 年度) 本年度申請 [ ] 回目 通算 [ ] 回目			
助成申請金額	助成対象経費①	※ 円	県助成交付決定額②	円	
	差引金額③ (①-②)	円			
	助成金申請金額	円	③の額が 50,000 円以上の場合 50,000 円 ③の額が 50,000 円未満の場合 ③の額		

※福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の領収金額を記入ください

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んで下さい。

金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	預金種別	当座 普通
口座番号	(フリガナ) ( )		
口座名			

【添付書類】 <input type="checkbox"/> 福岡県不妊治療費補助金交付決定通知書（写） <input type="checkbox"/> 不妊治療の費用に係る領収書 <input type="checkbox"/> その他	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)