

様式第1号

必ず、申請前に、申請窓口(お住まいを管轄する保健福祉(環境)事務所・大牟田市)に、申請内容・申請方法等について電話等でご相談ください

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

受給者番号					
申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日		今回の治療 開始日の年齢
(ふりがな) 夫	( )		昭和 平成	年 月 日	( )歳
(ふりがな) 妻	( )		昭和 平成	年 月 日	( )歳
住所 (*1)	〒		電話 ( )		
住所 (*2)	〒		電話 ( )		
婚姻年月日(戸籍法上の婚姻届出)	昭和・平成 年 月 日				
本事業の 申請回数等	過去の申請年度( . . . . . 年度)			備考	
	本年度申請[ ]回目 通算[ ]回目				
上記のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。					
平成 年 月 日					
申請者					
氏名 夫 _____ 妻 _____					
(夫及び妻が自署もしくは記名押印)					
福岡県知事 殿					

注)

- \*1 夫婦の住所を記入する。
- \*2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。  
住所が異なる場合とは、単身赴任等の理由で、夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。
- 3 太枠の中のみ記入してください

(添付書類)

- 1 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
- 2 住民票謄本(3か月以内に発行されたもの)  
※筆頭者、続柄入り
- 3 戸籍謄本(3か月以内に発行されたもの)  
※住民票謄本で、戸籍上の夫婦であることを確認できない場合に限る
- 4 夫及び妻の前年(申請日が1月から5月までの場合は  
前々年)の所得証明書(市町村発行)
- 5 指定医療機関発行の当該治療に係る領収書

事務所受付印	県庁健康増進課印