

## 北九州市不育症検査費・治療費助成事業申請書

申請先 北九州市長

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、北九州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 令和 年 月 日			
申請者	(フリガナ) 氏名	夫		妻	
		( ) (自署)		( ) (自署)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		昭和・平成 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		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	本人負担額の1/2(1円未満切り捨て)、上限50,000円	
振込先	金融機関名及びコード	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	金融機関コード 店番
	預金種別	1 普通 2 当座	(フリガナ) 口座名義人	( )	
	口座番号				右詰で記載し、空欄に0を記入

**添付書類**

- 1 北九州市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 住民票(申請日から3ヶ月以内に発行された続柄記載のもの、夫婦の住所が違う場合はそれぞれ必要)  
※マイナンバーが記載されていないもの  
※夫婦の住所が違う場合や事実婚の場合は、戸籍謄本(3ヶ月以内に発行されたもの)、申立書等
- 3 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)

**申請先**

申請書類一式を下記所在地にご郵送ください。

〒803-8501

北九州市小倉北区城内1番1号

子ども家庭局 子育て支援課 母子保健係

担当者記入欄	受給者番号				受付印
	決定年月日(承認・不承認)	年	月	日	
	決定金額				