

様式第1号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度4月30日まで申請することができます。

主に赤字の箇所を記載。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	治療開始日の 妻の年齢
(ふりがな) 申請者 <small>※口座名義人と同じ</small>	(ふくおか たろう) 福岡 太郎	昭和 5 年 1 月 1 日 平成	(35)歳
(ふりがな) 配偶者	(ふくおか はなこ) 福岡 花子	昭和 63 年 12 月 1 日 平成	
申請者住所	〒 812-8577 福岡市博多区東公園7-7	電話	090(1234)5678
配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合のみ</small>	〒	電話	✓をつけてください。
同一治療期間において他の地方公共団体で先進医療の助成を受けていない		<input checked="" type="checkbox"/> はい ※助成を受けている場合は対象外	

県内市町村に住所を有する方を申請者としてください。

上記のとおり関係書類を添えて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。

(↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓)

申請者 氏名 **福岡 太郎** 配偶者 氏名 **福岡 花子**

申請額 ※ 金 **45,000** 円

令和6年 9月 1日

※以下のいずれか低い方の金額を記入
①5万円
②先進医療にかかった費用★×0.7(千円未満切捨)
「先進医療にかかった費用★」は、受診等証明書(様式2号)の「実施した先進医療にかかった費用★」の金額です。

先進医療に要した費用が65,000円の場合、0.7を乗じた金額45,500円から千円未満を切り捨てた「45,000円」となります。
※計算の結果、50,000円以上となった場合は、「50,000円」となります。

記入日を記載

福岡県知事 殿

振込先	金融機関名	金融機関名	支店名	支店コード				
		福岡 銀行 金庫 農協	本店 県庁内 支店 出張所	2	1	3		
	預金種別	普通 ・ 貯蓄						
	(フリガナ) 口座名義人 <small>※申請者と同じ</small>	(フクオカ タロウ 福岡 太郎)						
口座番号		0	1	2	3	4	5	6

(注)

- 1 太枠内を全て御記入してください。
- 2 以下の書類を添付してください。
 - (1) 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書(様式第2号)
 - (2) 実施医療機関が発行した当該治療に要した費用に係る領収書(コピー可。)
 - (3) 住民票の写し(発行日から3ヶ月以内のもの)
 - ※事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。マイナンバー、本籍地の記載は不要。
 - (4) 夫婦両人の戸籍謄本(発行日から3ヶ月以内のもの)
 - ※法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は省略可
 - (5) 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
 - ※同一世帯でない場合、その理由について記載すること
 - (6) 口座振込先情報が分かる資料
 - ※振込先の口座内容(口座番号、口座名義等)がわかる部分の通帳のコピー等
 - ※コピー等に預金種別の記載がない場合は、余白に預金種別を記入すること
 - (7) 申請期限に関する申立書
 - ※やむを得ない事情があり、翌年度4月30日までに申請する場合のみ必要
- 3 助成が決定したら指定口座へ振り込みますので、記帳等によりご自身で御確認ください。
- 4 申請者と振込口座の名義人は同一になるように御記入ください。
- 5 書類の返送は致しませんので、御留意ください。

受付印
