

## 八代市特定不妊治療費助成金給付申請書

(あて先) 八代市長

平成 年 月 日

**助成要件チェック欄**

- 申請日までに、熊本県特定不妊治療費助成事業による助成の決定を受けていること
- 申請日現在において夫婦のいずれか一方が1年以上前から引き続き八代市において住民基本台帳に記録されていること
- 夫婦のいずれも市税の滞納がないこと

上記事項を承認した上で、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。併せて、申請者及び配偶者の市税等の納付状況を照会することに同意します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

<b>申請者</b>	氏名	フリガナ( ) S・H 年 月 日生 歳	電話番号	—	—
	住所	〒			
<b>配偶者</b>	氏名	フリガナ( ) S・H 年 月 日生 歳	電話番号	—	—
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 〒			
今回の治療期間		平成 年 月 日( 歳) ~ 平成 年 月 日			
A 治療費総額	B 県助成金等	C 残額 (A-B)	D 市助成基準額 (C/2)	E 助成限度額	
円	円	円	円	50,000 円	
<b>申請金額 ※DとEの少ない方の額 ※金額訂正不可</b>					円

◆振込先 ※申請者と口座名義人は同一

金融機関名	支店名	預金種別
銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 支所・出張所	普通・当座
口座番号	口座名義人	フリガナ( )

〈添付書類〉 (1)熊本県特定不妊治療費助成事業承認通知書の写し (2)領収書の写し  
 〈申請書受付期限〉 原則、年度の末日まで。  
 ただし、県の助成決定日の翌日から起算して1年以内の場合にあっては、当該1年以内の日。

八代市記入欄

<input type="checkbox"/> 県承認通知書写し	妻コード		市税滞納	有 ・ 無
決定日	申請番号	妻住民日	給付	可 ・ 不可
<input type="checkbox"/> 領収書写し	夫住民日	相手方番号		