別記第1号様式（第4条関係）

熊本県特定不妊治療費助成事業申請書

申請者 氏　名	ふりがな（　　） 印	生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳） ※受診等証明書の治療開始日年齢
配偶者 氏　名	ふりがな（　　）	生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳） ※受診等証明書の治療開始日年齢
申請者 住　所	〒 電話番号　　（　　）		
配偶者 住　所	〒 電話番号　　（　　）		
過去の助成歴	過去に助成を受けたことがありますか。　※該当するものに○を付ける。「ある」場合はその内容を記入 ある・ない 1回目：（　　）年度　申請先：熊本県・熊本市・その他[　　] 妻の年齢：39歳以下・40歳以上（※1回目の治療開始日の妻の年齢） 2回目：（　　）年度　申請先：熊本県・熊本市・その他[　　] 3回目：（　　）年度　申請先：熊本県・熊本市・その他[　　] 4回目：（　　）年度　申請先：熊本県・熊本市・その他[　　] 5回目：（　　）年度　申請先：熊本県・熊本市・その他[　　]		
申請内容	年　　月　　日 熊本県知事　様 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。 申請合計金額 金　　，　　円 （内訳）　男性不妊治療分除く額　　金　　円 男性不妊治療分の額　　金　　円		

振込口座申出欄	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店・出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	（　　）
	口座番号			申請者の口座に限ります。 （右詰めで記入してください。）

注）太枠の中を御記入ください。

（添付書類）

1　熊本県特定不妊治療費助成事業受診等証明

2　熊本県内(熊本市を除く)に住所を有する証明書
（住民票：夫婦の氏名、生年月日、性別、夫婦の続柄、住民となった年月日がわかるもの。住民票の続柄が「子の夫」、「子の妻」という記載の場合は、本籍の筆頭者の記載があると、夫婦であることの確認ができます。）

3　法律上の夫婦であることを証する書類
（戸籍謄本又は抄本：住民票に夫婦の氏名及び夫婦の続柄の記載がある場合は不要）

4　申請者及び配偶者の所得額を証する書類
（夫及び妻の所得額・控除額の内訳が記載されたもの：市町村発行）

5　特定不妊治療に要した費用の領収書（当該治療に係る医療機関発行の領収書）

県保健所受付印
進達年月日 年　月　日