

様式第 1 号(第 5 条関係)

大川市不妊治療応援給付金交付申請書

大川市長殿

申請日 年 月 日

下記のとおり関係書類を添えて、給付金を申請します。

	ふりがな 氏名	生年月日 連絡先
夫	(自署または記名押印)	年 月 日 (歳) (電話 - -)
妻	(自署または記名押印)	年 月 日 (歳) (電話 - -)
住所 (注 1)	福岡県大川市	
住所 (注 2)		
給付額	50,000円	
県の特定不妊治療に関する 助成の決定通知書日付		年 月 日
治療内容および結果	体外受精・顕微授精	妊娠反応 有・無
要件 確認欄	① 大川市特定不妊治療支援助成金を受けたことがない	<input type="checkbox"/>
	② 夫婦共に申請日前 1 年以上大川市に居住している(注 3)	<input type="checkbox"/>
	③ 県の助成の決定通知を受けている。(注 4)	<input type="checkbox"/>

注 1 夫婦の住所を記入する。

注 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)。

注 3 本市において、夫婦共に申請の前日 1 年以上の期間引き続き住民基本台帳に記録されている者又は外国人登録原票に登録されている者であること。ただし、仕事等やむを得ない事情により夫婦の一方が市外に住所を有する場合において、近い将来夫婦共に市内に住所を有する見込みがあると市長が認めるときは、この限りでない。

注 4 県の助成とは、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に規定する助成のことをいう。

担当	
----	--