

合志市ふたりの健康と未来応援助成事業申請及び実績報告書

（あて先）合志市長

申請者

住所 合志市

氏名

（口座名義人と同一）

電話番号（ ）

合志市ふたりの健康と未来応援助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請し、併せて実績を報告します。

記

対象者	夫	妻
ふりがな		
氏名		
生年月日	年 月 日（歳）	年 月 日（歳）
住所 ※1	〒 電話番号（ ）	
確認事項  ①②で「いいえ」に該当する場合は、申請いたしません	① 過去に不妊治療（人工授精・体外受精・顕微授精）を受けていませんか <input type="checkbox"/> はい、受けていません <input type="checkbox"/> いいえ	
	② 今回の検査分の助成金を、別の自治体等で申請していませんか <input type="checkbox"/> はい、申請していません <input type="checkbox"/> いいえ	
	③ 婚姻日（事実婚関係の夫婦は、事実婚関係を開始した日） 年 月 日 (検査開始日において、婚姻日等が属する月の初日から起算して2年以内が対象となります。)	
自己負担金合計額 ※2	円（ア）	
申請金額 (ア) × 1 / 2 ※10円未満切り捨て (市の限度額といずれか低い額)	円	

※1 単身赴任等で申請者と異なる場所に住所を有する等、夫婦の住所が異なる場合等にご記入ください。

※2 夫婦で受けた検査に要した自己負担額を合算した金額をご記入ください。

市記載欄	①がん検診該当検査項目（保険適用外） <input type="checkbox"/> 有（子宮頸がん・乳腺エコー・マンモグラフィー・その他） <input type="checkbox"/> 無
	② ①で「有」の場合、市がん検診受診歴（同年度内） <input type="checkbox"/> 有（子宮頸がん・乳腺エコー・マンモグラフィー・その他） <input type="checkbox"/> 無

