

鹿嶋市不育症検査及び治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿嶋市長 様

|     |              |          |   |
|-----|--------------|----------|---|
| 申請者 | フリガナ<br>氏名   | 続柄（ ）    |   |
|     | 住所           | 〒<br>鹿嶋市 |   |
|     | 電話番号<br>(携帯) | 夫        | 妻 |

下記のとおり不育症検査及び治療費用について、当該助成金を申請します。

記

|                            |   |  |      |       |
|----------------------------|---|--|------|-------|
| 夫婦氏名                       | 夫 | フリガナ<br>氏名   | 生年月日 | 年 月 日 |
|                            | 妻 | フリガナ<br>氏名   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 助成金申請額                     |   | 円  |      |       |
| 検査及び治療の経費                  |   | 円  |      |       |
| 検査及び治療の期間                  |   | 年 月 日 ～ 年 月 日  |      |       |
| 申請区分                       |   | <input type="checkbox"/> 初回申請<br><input type="checkbox"/> 2回目以降の申請（通算 年目）<br>初回申請（ 年 月 日） 前回交付（ 年 月 日） |      |       |
| ※通算年度は、鹿嶋市において初めて申請した年度から。 |   |  |      |       |

助成金については、以下の口座への振り込みを依頼します。

|      |  |                |                 |                     |
|------|--|----------------|-----------------|---------------------|
| 振込口座 | 金融機関コード  |                | 店番号             |                     |
|      | 金融機関名  | 銀行<br>金庫<br>組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | 普通・当座<br>(該当を○で囲む。) |
|      | 口座番号   |                | フリガナ<br>口座名義人   |                     |
| 委任状  | 鹿嶋市不育症検査及び治療費の助成金の受領に関し、下記の者に委任します。<br>委任者（申請者） 氏名 _____<br>受任者 氏名 _____ |                |                 |                     |

様式第1号（第5条関係）