

鹿嶋市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿嶋市長 錦 織 孝 一 様

申請者	フリガナ 氏 名	㊟ 続柄 ()
	住 所	〒 鹿嶋市
	電話番号 ※日中、連絡が 取れる電話番号	夫 妻

鹿嶋市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

夫婦氏名	夫	フリガナ 氏 名	生年 月日	年 月 日
	妻	フリガナ 氏 名	生年 月日	年 月 日
助成金申請額		円		
治療の経費		円 (県助成金を差し引いた額)		
治療の期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
申請区分		<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請 (通算 回目) 初回申請(年 月 日) 前回交付(年 月 日) ※住所の異動があった場合 前回の申請保健所名 () 申請日 (年 月 日)		
※通算回数は、茨城県不妊治療費補助金を受けた回数とする。				

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	本店 支店 出張所	普通・当座 (該当を○で囲む)
	金融機関名	銀行 金庫 組合		
	口座番号	フリガナ 口座名義人		
委任状	鹿嶋市不妊治療費助成金の受領に関し、下記の者に委任します。 委任者 (申請者) 氏名 _____ ㊟ 受任者 氏名 _____			

