

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 殿

標記補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

代表申請者	(フリガナ)氏名	( ) (夫・妻) (自署又は記名押印)			
	生年月日	年	月	日生	治療開始日の年齢( )歳
	住所	〒			
	電話番号				
申請者	(フリガナ)氏名	( ) (夫・妻) (自署又は記名押印)			
	生年月日	年	月	日生	治療開始日の年齢( )歳
	住所	〒			
	電話番号				
婚姻年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/> 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
申請額		金 円		※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額	
代表申請者振込先	金融機関名			銀行	本店
	預金種別	普通 当座	フリガナ		支店
			口座名義		出張所
口座番号					(左詰記入)
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、鹿嶋市長が住民基本台帳等を確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、鹿嶋市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 治療の開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が茨城県内に住所を有し、かつ治療終了日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が鹿嶋市内に住所を有しています。					

※添付書類

1 不妊治療受診等証明書（様式第2号）

2 領収書及び明細書

3 その他関係書類

・夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類（住民票）と戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第3号）

市町村使用欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		
	今回治療開始時妻年齢:	歳 (43歳以上は対象外)			
	初回治療開始時妻年齢:	歳	<input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで	保険診療による治療実施回数: 通算 回目	
			<input type="checkbox"/> 40歳~42歳→通算3回まで		
	市町村への申請回数:	回目			
備考欄					