

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 氏 名	
		続柄 ()
	住 所	〒 鹿嶋市
	電話番号 (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 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		
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 ※通算年度は、鹿嶋市において初めて申請した年度から。			☐ 初回申請		
			☐ 2 回目以降の申請（通算 年目） 初回申請(年 月 日) 前回交付(年 月 日)		

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 金庫 組合				本店 支店 出張所			普通・当座 (該当を○で囲む。)	
	口座番号						フリガナ 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。 委任者（申請者） 氏名 _____ 受任者 氏名 _____									

