

記入例

第1号様式（第7条関係）

令和 ●年 ●月 ●日

（宛先） 鈴鹿市長

鈴鹿市不育症治療費助成金申請書

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、鈴鹿市不育症治療費助成金交付要領第7条の規定により申請します。申請内容の審査について、住民基本台帳等の公簿で確認することに同意します。なお、公簿で確認できない場合は、関係書類を提出します。

また、過去の不育症治療費に係る助成の状況について、鈴鹿市が必要に応じて他の自治体へ照会すること及び鈴鹿市における助成の状況を必要に応じて他の自治体へ提供することに同意します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	(ほけん はなこ) 保健 花子	生年 月 日	昭和 平成 3 年 1 月 1 日 (●● 歳)
	住 所	〒 513-0036 鈴鹿市西条5丁目118-3 鈴鹿市保健センター 1F 電話番号 (059 - 382 - 2252)		
配偶者	(ふりがな) 氏 名	(ほけん たろう) 保健 太郎	生年 月 日	昭和 平成 62 年 1 月 1 日 (●● 歳)
	住所(夫婦で異なる場合のみ)	〒 — 電話番号 (— —)		

以下について確認し、該当する□にシ点を入れてください

- ・本申請の治療費について、本
☒ ない ☐ ある (自治体
時
- ・公的医療保険 (国民健康保険)
☒ はい ☐ いいえ

口座名義は、申請者に限ります。
(申請者には、妻・夫どちらも申請者になることが可能ですので、口座名義に合わせて申請者名を記入してください。)

申請金額	(1,000 円未満は切り捨て) 金 32,000 円
------	---------------------------------------

▼振込先

金融機関名	本店・支店名 (ゆうちょ銀行の場合は店番)	金融機関コード (銀行コード)	支店コード (支店番号)
百五 銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫	鈴鹿 本店・支店 支所・出張所 営業部	0 1 5 5	3 0 1
口座種別	口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)
普通・当座	1 2 3 4 5 6 7		ホケン ハナコ

『不育症治療受診等証明書 (第2号様式)』に記載された領収金額の 2分の1 が申請金額です。(1,000 円未満は切捨)
また、申請金額の上限は10万円です。

例) 領収金額 64,200 円 → 申請金額 32,000 円

年度の3月末日までに行ってください。
(、治療費等の領収書と診療明細書、通帳
と同じに限りません。)をお持ちください。

交付年月日	交付決定年月日	年 月 日
助成金交付決定額		円