

（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	()	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - 電話番号 (- -)		
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所(夫婦で異なる場合のみ)	〒 - 電話番号 (- -)		
<p>以下について確認し、該当する□にレ点を入れてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 本申請の治療費について、本市または他自治体で助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (自治体名 (都道府県 市区町村) 時期 (年 月ごろ)) 公的医療保険（国民健康保険や勤務先の健康保険など）に加入していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 				
申請金額			金 _____ 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)
銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫	本店・支店 支所・出張所 営業部		
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			

備考

- 1 助成の申請は、不育症治療が終了した日が属する年度の3月末日までに行ってください。
- 2 申請には、不育症治療受診等証明書（第2号様式）、治療費等の領収書と診療明細書、通帳など口座情報がわかるもの（口座名義人は、申請者と同じに限ります。）をお持ちください。

受付年月日	年 月 日	交付・不交付決定年月日	年 月 日
		助成金交付決定額	円