

第1号様式（第9条関係）

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

不妊治療助成事業申請書

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、鈴鹿市不妊治療費助成金交付要綱第9条第1項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、課税資料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、過去の不妊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。

不妊治療を受けた者の氏名（ふりがな）		生年月日（年齢）	
夫	（ ）	年 月 日（ 歳）	
妻	（ ）	年 月 日（ 歳）	
過去にこの助成を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある 今回の申請は（ ）年目、今年度（ ）回目、通算（ ）回目 平成26年度以前にこの助成を受けたことがありますか。 1 ある 2 ない			
交付を受けようとする助成金の額		円	
金融機関名		口座番号（左詰記入） 普通預金	口座名義人（フリガナ）
銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所 （ ） （ ）			（ ）

備考

- 1 助成の申請は、不妊治療が終了した日から起算して60日以内に行ってください。
- 2 申請には、不妊治療受診等証明書（第2号様式）、治療費等の領収書、印鑑及び預金通帳を必ずお持ちください。

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