

【不育症治療用】

第1号様式（第8条関係）

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8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、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	() 印	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	電話番号			
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	電話番号			
今回の治療期間の治療費について、助成金を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある 助成を受けた自治体名 (都道府県 市町村) 助成を受けた時期 (年 月)					
申請金額			円		
助成金振込先	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 信用金庫 農 協 ()	本店 支店 支所 ()			()

備考

- 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。
- 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、夫婦の健康保険証の写し、印鑑及び預金通帳を必ずお持ちください。
- 口座名義人は、申請者と同じに限ります。

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