

不育症治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）鎌倉市長

次のとおり、鎌倉市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名								印		
	住所	鎌倉市								電話番号	
配偶者	(ふりがな) 氏名								印		
	住所								電話番号		
不育症治療に要した費用 (医療機関の発行した領収書の金額)								千			円
申請額（上記費用のうち、不育症治療に直接要した費用の1/2の 額(1,000円未満切捨て)と30万円のうちのいずれか低い金額)								千			円
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至ったため（ 年 月 日出生） <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他〔具体的理由 〕										
添付書類	<input type="checkbox"/> 不育症治療医療機関等証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した治療費の明細がわかる領収書等の写し <input type="checkbox"/> 婚姻関係が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 最新の所得証明書(※) (※)の書類は、本市において確認が可能で、同意欄に記名押印した場合は不要です。										
同意	この申請に当たり、申請者及び配偶者に係る最新の所得額、他自治体への助成申請状況、並びに領収書等の内容について、各関係機関に確認することに同意します。 <div style="text-align: right;"> 申請者氏名 印 配偶者氏名 印 </div>										

振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	支店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 (カタカナ)			

受付印
