

鎌倉市不妊治療費（先進医療分）助成申請書

年 月 日

（宛先）鎌倉市長

次のとおり、鎌倉市不妊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。
 なお、この申請にあたり、必要な場合には市長が申請者の住民登録確認及び医療機関に領収書等の照会もしくは他の自治体へ情報照会することに同意します。

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)		
	住所	電話番号				
(パートナー) 配偶者	(ふりがな) 氏名	生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)		
	住所	電話番号				
該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事実婚です。 <input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。						
先進医療に要した費用						円
申請額 「先進医療に要した費用」×7/10（1,000円未満切捨て 上限50,000円）					0 0 0	円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	支店名	本店 支店 出張所	受付	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義人 (カタカナ)					

本申請書には、次の書類を添付してください。

- 鎌倉市不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- 保険医療機関の発行する領収書の写し
- 保険医療機関の発行する診療報酬明細書の写し
- 申請者及び配偶者（パートナー）の住民票の写し（鎌倉市に住民登録がある場合は不要）
- 申請者及び配偶者（パートナー）の戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）又は戸籍個人事項証明書（戸籍抄本）
（住民票の写しで夫婦関係が確認できない場合）
- 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）又は本市のパートナーシップ宣誓書受領証
（事実婚をしている場合）

市役所使用欄

申請額（A）	市助成上限額（B）	市助成額 A・Bのいずれか≦
円	50,000円	円