

第1号様式（第6条）

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								
	住 所	鎌倉市 電話番号							
配偶者	(ふりがな) 氏 名								
	住 所	電話番号							
不育症治療に直接要した費用 (医療機関の発行した領収書の金額)									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)									円
申請理由	☐ 治療が終了し、出産に至ったため（ 年 月 日出生） ☐ 治療途中で今回の妊娠が終了したため ☐ その他〔具体的理由 〕								
添付書類	☐ 不育症治療医療機関等証明書 ☐ 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 ☐ 婚姻関係が確認できる書類 ☐ 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。 申請者氏名 配偶者氏名								

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