

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		
<p>該当するものにチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 事実婚です。</p> <p><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。</p>				
先進医療に要した費用				千 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）				千 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
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (カタカナ)			
受付				

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）
- 領収書の写し
- 診療報酬明細書の写し
- 配偶者（パートナー）が同世帯でない場合は住民票の写しまたは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）

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