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 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナ） |  |

|  |
| --- |
| 受付印 |