第１号様式（第６条関係）

鎌倉市特定不妊治療費助成申請書

年　　月　　日

（宛先）鎌倉市長

次のとおり、鎌倉市特定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 | 夫 | (ふりがな)氏名 |  |
| 住所 | 鎌倉市電話番号 |
| 妻 | (ふりがな)氏名 |  |
| 住所 | 鎌倉市電話番号 |
| 特定不妊治療に要した費用(ア) |  |
| 県要綱による助成額(イ) |  |
| 申請額アからイを差し引いた額（1,000円未満切捨て）と100,000円のうちいずれか低い金額 |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |

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 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 |