

鴨川市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

(宛て)
鴨川市長

特定不妊治療費の助成を受けたいので、鴨川市特定不妊治療に係る医療費の助成に関する規則第5条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
	電話	()	
配偶者	フリガナ 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	※ 申請者の住所と同一の場合は、記入不要です。	
	電話	()	
申請額	金	円	
過去に都道府県又は本市以外の市町村（特別区を含む。）から特定不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（「あり」の場合は、以下に受給歴を記入してください。）			
助成時期	年 月	都道府県・市町村名	
助成時期	年 月	都道府県・市町村名	
助成時期	年 月	都道府県・市町村名	
助成時期	年 月	都道府県・市町村名	
助成時期	年 月	都道府県・市町村名	
同意書			
特定不妊治療費の助成に関し助成要件の確認に必要な婚姻の届出の状況及び住民基本台帳について、鴨川市が調査することに同意します。 また、他の市町村から鴨川市に転入した場合において、鴨川市が当該他の市町村に対し、過去の特定不妊治療費に係る助成状況を確認することに同意します。			
氏名（申請者）		氏名（配偶者）	
振込先			
金融機関名			本店・支店
口座種別	普通・当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

添付書類

- 1 県助成事業による助成の申請に添付した特定不妊治療の受診に係る証明書の写し又は特定不妊治療受診医療機関証明書（別記第2号様式）
- 2 戸籍の謄本又は抄本
- 3 鴨川市特定不妊治療に係る医療費の助成に関する規則第3条第2号に規定する要件を満たす者の住民票の写し
- 4 県助成事業に係る助成決定通知書の写し
- 5 その他市長が必要と認める書類