

様式第 1 (第 5 条関係)

鹿児島市不育症治療費助成事業申請書

鹿児島市長 殿

年 月 日

鹿児島市不育症治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

		申請者		配偶者 (続柄： 夫 ・ 妻)	
フリガナ 氏 名 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
住 所		〒		〒	
電話番号					
医療 保 険	名称				
	番号	記号	番号	記号	番号
	付加 給付	付加給付金制度 (有 ・ 無) 給付基準： 円		付加給付金制度 (有 ・ 無) 給付基準： 円	
申請金額		金 円			
<p>私は、今回の申請において、下記の点に同意します。</p> <p>(1) 助成の適否を判断するために必要な場合における鹿児島市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会</p> <p>(2) 医療機関に対する夫婦の不育症治療等の内容の照会</p> <p>(3) 夫婦の居住状況についての確認</p> <p>(4) 事業効果の検証等のために行う個人が特定されない形での申請内容等の集計・公表</p> <p>なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (署名又は記名押印)</p>					
過去に助成を受けた実績 有 (過去 回) ・ 無 ※他の自治体含む。		年 月 自治体名 (鹿児島市・) 年 月 自治体名 (鹿児島市・) 年 月 自治体名 (鹿児島市・) 年 月 自治体名 (鹿児島市・)			
振 込 口 座 申 出	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店・出張所	
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				※申請者名義の口座に限る。

申請受理	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号		助成決定額	円