

様式第 1 号（第 5 条関係）

山鹿市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

（宛先）山鹿市長

申請者 氏名
住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。なお、助成の適否の審査に必要となる下記について市が確認又は照会を行うことに同意します。

- 1 世帯状況を確認するため、住民基本台帳を確認すること。
- 2 助成の適否を判断するために必要な場合は、医療機関に治療内容を照会すること。

夫	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日（ 歳）			
	住所【 同上□ ・ 上記以外□（上記以外の場合下記空欄に記載） 】 〒				
妻	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日（ 歳）			
	住所【 同上□ ・ 上記以外□（上記以外の場合下記空欄に記載） 】 〒				
振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座・ ・その他	(フリガナ) 口座名義人		()
	口座番号				
申請額		金 円			

- （添付書類）
- 1 山鹿市不妊治療費助成事業受診等証明書
 - 2 対象不妊治療に係る領収書
 - 3 戸籍及び住民票の謄本（1 月以内に発行されたものに限る。）
 - 4 婚姻の届出をしていない場合は、山鹿市不妊治療費助成事業に係る事実婚に関する申立書
 - 5 夫婦の市税等の未納がない旨の証明書

※申請者本人と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状	
山鹿市不妊治療費用助成金の受領については、上記の口座名義人に委任します。	
年 月 日	委任者（申請者）氏名