

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

山鹿市長 様

申請者 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。

夫	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日生	今回申請の治療開始日年齢 ( 歳)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は下記空欄に記載 〒		
妻	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日生	今回申請の治療開始日年齢 ( 歳)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は下記空欄に記載 〒		
振込先	金融機関名		支店名 (ゆうちょ銀行は不要)	
	預金種別 (ゆうちょ銀行は不要)	普通・ その他 ( )	フリガナ 口座名義人	
	口座番号	ゆうちょ銀行以外	ゆうちょ銀行 (通帳記号-番号)	
申請額	保険適用分	金	円	
	先進医療分	金	円	
<p>本申請について、市が次のとおり確認を行うことに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 夫婦に山鹿市税の未納がないことを確認すること。</li> <li>3 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。</li> </ol> <p>令和 年 月 日 夫 氏名 _____</p> <p>妻 氏名 _____</p>				

※申請者と口座名義人が異なる場合は、次の委任状をご記入ください。

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。	
令和 年 月 日	委任者 (申請者) 氏名 _____