

記入例

鹿沼市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

鹿沼市長 宛

申請者と口座名義人は
同じ人を記入してくだ
さい。

〒
住 所 鹿沼市

申請者

氏 名
電 話 印

鹿沼市不妊治療費助成金の申請
なお、本申請に当たり、住
同意します。

住民となった年月日が
不明の場合は、空欄で
構いません。

申請します。
状況について担当者が調査閲覧することに

(ふりがな) 治療を受ける夫婦の氏名		生年月日 (年齢)	住民となった年月日	加 入 保 険
夫	(かぬま たろう) 鹿沼 太郎	S45年1月1日(46)	S45年1月1日	社会保険
妻	(かぬま はなこ) 鹿沼 花子	S45年1月2日(46)	H5年1月1日	国民健康保険
振 込 座	金 融 機 関 名 (支店名)	口 座 名 義 人 (口 座 番 号)	県・加入保険からの助成について	
	鹿沼銀行 (鹿沼支店)	鹿沼 花子 (01234567)	県：(有) 無 (150,000 円) 加入保険：有 無 (円)	

(注) 振込口座は普通預金で申請者名義のもの
必ず申請者と口座名義人は統一すること

～以下は、記入不要です。～

確 認 欄	1 <input type="checkbox"/> 住民登録・居住期間	上記申請について次のとおり決定する。
	2 <input type="checkbox"/> 医療保険各法による被保険者又は被扶養者	年 月 日
	3 <input type="checkbox"/> 市税完納証明書 (あり ・ 非課税)	<input type="checkbox"/> 交付 交付金額 円
	4 <input type="checkbox"/> 債主登録 (あり ・ なし)	<input type="checkbox"/> 不交付 理由 ()
	5 <input type="checkbox"/> 申請回数 (回目)	取扱者 <input type="checkbox"/> 決裁責任者 <input type="checkbox"/>