

記入例

鹿沼市不妊治療費助成金交付申請書

申請者と口座名義人は同じ人を記入してください。

※ 夫婦どちらかが、本市に1年以上本市の居住がない場合は、居住されている方を申請者としてください

月 日

鹿沼市長 宛

住所 鹿沼市

申請者

氏名

印

電話

住民となった年月日が不明の場合は、空欄で構いません。

鹿沼市不妊治療費助成金の申請します。なお、本申請に当たり、住

況について担当者が調査閲覧することに同意します。

(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	S55年1月1日(42)	S55年1月1日	社会保険
妻	(かぬま はなこ) 鹿沼 花子	S55年1月2日(42)	H15年1月1日	社会保険
振込 口座	金融機関名 (支店名)	口座名義人 (口座番号)		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 (0123456)		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

申請者

～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"/> 事実婚に関する申立書(事実婚の場合)	令和 年 月 日
	3 <input type="checkbox"/> 医療保険各法による被保険者又は被扶養者	<input type="checkbox"/> 交付 交付金額 円
	4 <input type="checkbox"/> 市税納税状況 (滞納 有・無)	<input type="checkbox"/> 不交付 理由 ()
	5 <input type="checkbox"/> 債主登録 (有・無)	
	6 <input type="checkbox"/> 申請回数 (回目)	
	取扱者 <input type="text"/>	決裁責任者 <input type="text"/>