

鹿沼市不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

鹿沼市長 宛

〒
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交付を受けたいので、申請します。
なお、本申請に当たり、住民登録状況・市税の納付状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	()	年 月 日 ()	年 月 日	
妻	()	年 月 日 ()	年 月 日	
振 込 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	
	()	()	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
申請者と口座名義人は統一すること

確 認 欄	1 ☐ 住民登録・居住期間 2 ☐ 事実婚に関する申立書(事実婚の場合) 3 ☐ 医療保険各法による被保険者又は被扶養者 4 ☐ 市税納税状況 (滞納 有 ・ 無) 5 ☐ 債主登録 (有 ・ 無) 6 ☐ 申請回数 (回目)	上記申請について次のとおり決定する。 令和 年 月 日 ☐ 交付 交付金額 円 ☐ 不交付 理由 ()
	取 扱 者	決裁責任者