

鹿沼市不妊治療・不育症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

鹿沼市不妊治療・不育症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	
高額療養費制度申請		有 ( ) 円 ・ 無		
付加給付制度申請		有 ( ) 円 ・ 無		
その他の補助		有 ( ) 円 ・ 無		
申請金額		円		
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合		本店 支店 出張所
	預金種別	普通	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

(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