

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

印

電 話

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) | 県・加入保険からの 助成について | |
| | () | () | 県：有 無 (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
申請者と口座名義人は統一すること

| | | |
|-------------|--|---|
| 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。 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 交付 交付金額 円 <input type="checkbox"/> 不交付 理由 () |
| | 2 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書(事実婚の場合) | |
| | 3 <input type="checkbox"/> 医療保険各法による被保険者又は被扶養者 | |
| | 4 <input type="checkbox"/> 市税納税状況 (滞納 有・無) | |
| | 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="checkbox"/> | 決 裁 責 任 者 <input type="checkbox"/> |