

# 鹿嶋市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿嶋市長 様

申請者	フリガナ氏名	_____
	住所	〒 鹿嶋市
	電話番号(携帯)	夫 妻

下記のとおり不妊治療費用について、当該助成金を申請します。

### 記

夫婦氏名	夫	フリガナ氏名	_____	生年月日	年 月 日
	妻	フリガナ氏名	_____	生年月日	年 月 日
助成金申請額		円			
治療の経費		円 (県助成金を差し引いた額)			
治療の期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
申請区分		<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請 (通算 回目) 初回申請( 年 月 日) 前回交付( 年 月 日) ※住所の移動があった場合 前回の申請保健所名 ( ) 申請日 ( 年 月 日)			
※通算回数は、茨城県不妊治療費補助金を受けた回数とする。					

助成金については、以下の口座への振り込みを依頼します。

振込口座	金融機関コード	_____	店番号	_____
	金融機関名	_____	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所
	口座番号	_____	フリガナ	_____
口座名義人		_____		
委任状	鹿嶋市不妊治療費助成金の受領に関し、下記の者に委任します。 委任者(申請者)氏名 _____ 受任者 氏名 _____			

