

第1号様式（第6条関係）

鎌倉市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）鎌倉市長

次のとおり、鎌倉市特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。なお、この申請にあたり、必要な場合には市長が申請者の住民登録確認及び医療機関に領収書等の照会もしくは他の自治体へ情報照会することに同意します。

申請者	夫	(ふりがな) 氏名					
		住所	鎌倉市		電話番号		
	妻	(ふりがな) 氏名					
		住所	鎌倉市		電話番号		
特定不妊治療に要した費用(ア)							
県要綱による助成額(イ)							
申請額 アからイを差し引いた額 <u>(1,000円未満切捨て)</u> と 100,000円のうちいずれか低い金額							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合		支店名	本店 支店 出張所		受付
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義人 (カタカナ)						

市役所使用欄

申請額 (A)	市助成上限額 (B)	市助成額 A・Bのいずれか \leq
円	円	円