

様式第 1 号（第 5 条関係）

鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）交付申請書

年 月 日

鹿島市長 様

鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）の助成を受けたいので、鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の審査に当たって、鹿島市が助成金の交付状況について他の自治体に照会すること、治療に関し実施医療機関に照会すること及び公簿等で夫婦であることを確認すること並びに他の自治体からの照会に回答することについて同意します。

	夫	妻
ふりがな 氏 名		
住 所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
電話番号		
治療に要した費用	※鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）に係る受診等証明書に記載された金額と同額であること 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く） _____ 円 男性不妊治療費 _____ 円	
治療の結果	内容を統計的に集計し、事業成果を把握するためにお尋ねしています。 個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守します。 ☐ 妊娠成立 ☐ 妊娠不成立 ☐ 不明	
助成実績	1 回目 年 月 日 2 回目 年 月 日 3 回目 年 月 日 4 回目 年 月 日 5 回目 年 月 日	

- 【添付書類】
- ・鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）に係る受診等証明書（様式第 2 号）
 - ・医療機関が発行した領収証及び診療明細書
 - ・戸籍謄本又は婚姻を証明できる書類（公簿等により婚姻関係を確認できない場合）
 - ・事実婚関係に関する申立書（申請者が事実婚関係にある場合）（別紙 1）