様式第１号（第５条関係）

鹿島市不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

鹿島市長　　様

鹿島市不妊治療費助成金の助成を受けたいので、鹿島市不妊治療費助成事業実施要綱第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	印	印
住　　所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
生年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
電話番号		

不妊治療に要した費用	※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	□過去に鹿島市で不妊治療費助成を受けたことがある。 □今回の治療について、佐賀県又は他の都道府県や市町村の不妊治療費助成も受けている。 （　　）欄に都道府県名・市町村名、助成額を記入 （　　円）

【添付書類】
- 受診等証明書（様式第２号）※佐賀県受診等証明書の写しで代用可
- 医療機関発行の領収証の写し
- 戸籍謄本又は婚姻を証明できる書類※公簿等で婚姻関係が確認できない場合
- 佐賀県不妊治療支援助成承認決定通知書の写し
- 他から受けた不妊治療費助成金額を確認できる書類※佐賀県以外から不妊治療費助成を受けた場合