

中野区特定不妊治療費助成申請兼請求書



中野区長宛て

関係書類を添えて、下記のとおり申請・請求します。つきましては、下記の口座に振り込みください。

申請書を送付する日をご記入ください。
※消印日が申請日となります。西暦または和暦で記入してください。「R」は使用できません。

申請・請求します。つきましては、下記の口座

※申請にあたり、中野区長が私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧すること、また、申請書の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

捨印(本人欄と同じ)を押してください。
軽微な訂正事項は書類をお返しせず訂正できません。

氏名		〒 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
(フリガナ)		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
本人	中野	年 月 日 (歳)	西暦または和暦で記入してください。 「H」「S」のような記号は使用できません。
(フリガナ)	朱肉を使う印鑑をお使い下さい。外国籍の方は「サイン」をしてください。欠けたり、滲んだら近くにもう一度押してください。	年 月 日 (歳)	
配偶者			
本人住所	〒 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	電話 (〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇)	間違えたら二重線を引き、その上に本人欄と同じ印を押し、近くに正しく記入し、訂正してください。 修正テープ等は使用不可です。
配偶者住所 (本人と異なる場合)	〒 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	電話 (〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇)	
金額	提出された資料から算出いたします	内訳	特定不妊治療 提出された資料から算出した 円 男性不妊治療 円

過去に、この助成金と同様の助成を他の自治体で受けたことがありますか。(※東京都の助成は含みません。)
1. ない 2. ある ⇒ 過去()回 自治体名:

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座番号	1. 普通 2. 当座
	フリガナ	ゆうちょ銀行の場合は、三桁の漢数字			
	口座名義人	振込先に旧姓の口座は指定できません			

※口座名義人が、本人以外の場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

委任状

私は、上記口座名義人に特定不妊治療費に関する助成金の受取を委任します。

年 月 日

(本人)氏名

振込先の名義人が本人以外(配偶者)の場合は、委任状欄へご記入し、本人欄と同じ印を押してください。
※本人の旧姓名義の口座は指定できません。

【区処理欄】

受 付	決 定 日	受 給 者 番 号
東京都受診等証明書「領収金額」(ア)		
東京都決定通知書「助成金額」(イ)		
(ア)-(イ)=(ウ)と5万円(ABDE)または2万5千円(CF)のどちらか少ない額(エ)		
<男性不妊治療> (ウ)-(エ)と5万円のどちらか少ない額(オ)		
申請・請求額:(エ)+(オ)		