

中野区特定不妊治療費助成申請兼請求書

捺印

中野区長宛て

関係書類を添えて、下記のとおり中野区特定不妊治療費助成金の交付を申請・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、特定不妊治療費助成事業による助成金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。

氏名		生年月日	
(フリガナ)			
本人	印	年 月 日 (歳)	
(フリガナ)			
配偶者		年 月 日 (歳)	
本人住所	〒 - 電話 ()		
	中野区 丁目 番 号		
配偶者住所 (本人と異なる場合)	〒 - 電話 ()		
	丁目 番 号		
金額	円	内訳	
金	円	特定不妊治療	円
		男性不妊治療	円
今回申請の治療費用の助成を他の市区町村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 ⇒ 市区町村名:			
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
	フリガナ		口座番号
	口座名義人		1. 普通 2. 当座
※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			
印			

【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(A B D E)または2万5千円(C F)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)	