

# 中野区不妊検査等助成申請兼請求書



中野区長宛て

関係書類を添えて、下記のとおり申請書を送付する日を記入してください。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。※消印日が申請日となります。

※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 年 月 日

(フリガナ) 本人 年 月 日 ( 歳) 西暦または和暦で記入してください。

(フリガナ) 配偶者 年 月 日 ( 歳) 「H」「S」のような記号は使用できません。

本人住所 〒 中野区 中野 4丁目 8番 1 5 電話 ( ) 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) 〒 丁目 番 号 提出された資料から算出いたしますので、空欄のままお出しください。

金額 金 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:

金融機関名 銀行 信用金庫 本店 口座番号 1. 普通 2. 当座

フリガナ ゆうちょ銀行の場合は、三桁の漢数字を記入してください。

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、上記口座名義人に不妊検査等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、

※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「証明欄」合計金額(ア)		
東京都決定通知書「助成金額」(イ)		
申請・請求額:(ア)-(イ)と2万5千円のどちらか少ない額		