

中野区不妊治療費助成申請兼請求書

26年4月1日以降に開始した治療(対象)

中野区
関係書
みくだ
※申
交付状

ご記入について

この書類は助成を受けるための重要な証拠書類です。
油性ボールペンなどをご使用ください(文字が消える
筆記用具を使用したものは受理できません)。
間違えた場合は新たに申請書を書き直してください。
修正テープや修正液等は使用できません。

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
元号から記入してください

		生年月日	
(フリガナ)			
申請者		年 月 日 (歳)	
		生年月日は、西暦または元号から記入してください	
(フリガナ)			
配偶者		年 月 日 (歳)	
申請者	申請者は、東京都の承認決定通知を受けた方のお名前をお書きください		
		電話 ()	
		番 号	
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	〒 ー 丁 目 番 号		
金 額		提出された資料から中野区で算出いたしますので、 空欄のままお出しください(記載いただいた金額に相違があっ た場合、申請書を再提出いただく場合がございます)	
どちらかに必ず○を付けて ください		円	
助成を他の区市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 ⇒ 区市町村名:			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本支店 出張所 口座番号
	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	振込先に申請者ご本人の旧姓名義の口座は指定できません	
※口座名義人が、申請者以外の場合は、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治療費に関する助成金の受取を委任します。 年 月 日 (申請者)氏 名			

【区処理欄】

受 付	☐ 窓口 ☐ 郵送	本人確認	
	消印日	1点確認	個人番号カード パスポート 在留カード その他()
		2点確認	資格確認証 各医療受給者証 その他()
		年金手帳 年金証書	(ア)ー(イ)ー(ウ)ー(エ)＝(オ)
		申請・請求額:上記(オ)の金額と50,000円の いずれか 低い方の金額＝(カ)	

振込先の名義人が申請者ご本人の配偶者の場合は、
委任状欄へのご記入と押印が必要です。
※申請者ご本人の旧姓名義の口座は指定できません