

中野区不妊治療費助成申請兼請求書

(2026年4月1日以降に開始した治療対象)

中野区長宛て

関係書類を添えて、下記のとおり中野区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、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)			
申 請 者		年	月 日 (歳)
(フリガナ)			
配 偶 者		年	月 日 (歳)
申請者住所	〒 ー 中野区 丁目 番 号 電話 ()		
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	〒 ー 丁目 番 号		

金 額
金 円

今回申請の治療費用の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 出 張 所	口座 番号							
	フリガナ	1. 普通 2. 当座									
	口座名義人										

※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

印

【区処理欄】		受 付		□窓口 □郵送		本人確認		決 定 日	
	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()	免許証 障害者手帳 ()	東京都受診等証明書「領収金額」=(ア)				
					高額療養費=(イ) ※ 該当者のみ				
		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 ()	付加(附加)給付=(ウ)※ 該当者のみ				
東京都決定通知書「助成金額」=(エ)									
						(ア)－(イ)－(ウ)－(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)			