

不妊検査等助成申請書兼請求書

記入例

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

生年月日は、西暦または元号から記入してください

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

申請者

(フリガナ)

配偶者

日 (歳)

申請者住所

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は使用できません。

配偶者住所

(本人と異なる場合)

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

どちらかに必ず○を付けてください

金額は

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(金額は訂正できません)

振込先

金融機関名

銀行
信用金庫
信用組合

本支店
出張所

フリガナ

口座名義人

ゆうちょ銀行は、支店名に三桁の漢数字を記入してください

また、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

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

(申請者) 氏 名

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

【区処理欄】

受付	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	本人確認	
	消印日		1点確認	個人番号カード 障害者手帳 その他 ()
			2点確認	健康保険証 年金証書 その他 ()
				健康保険証 年金手帳 各医療受給者証 申請・請求額：(ア)-(イ)と2万5千円のどちらか少ない額