第１号様式（第４条関係）　　年　　月　　日

中野区不妊検査等助成申請書兼請求書

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検査等助成金の交付を申請・請求します。つきましては、下記の口座にお振り込みください。

※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、不妊検査等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）		年　　月　　日（　　歳）
申請者		
（フリガナ）		年　　月　　日（　　歳）
配偶者		
申請者住所	〒　　－ 中野区　　丁目　　番　　号	電話　　（　　）
配偶者住所 （本人と異なる場合）	〒　　－ 中野区　　丁目　　番　　号	電話　　（　　）

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：

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	口座番号	１．普通　２．当座
	フリガナ				
	口座名義人				

※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

（申請者）氏　名

【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　免許証　パスポート 障害者手帳　在留カード その他（　　）		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）	
			２点確認	健康保険証　年金手帳　各医療受給者証 年金証書 その他（　　）		申請・請求額：(ア)－(イ)と２万５千円のどちらか少ない額	