

杉並区特定不妊治療費助成申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請にあたり、杉並区長が、私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧すること、また、特定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。

記

氏名		生年月日	
(フリガナ)		年 月 日(歳)	
申請者(押印)	印		
(フリガナ)		年 月 日(歳)	
配偶者			
申請者住所	〒 杉並区 丁目 番 号		電話 ()
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	〒		電話 ()
東京都受給者番号	東京都決定通知書	第 号	
		年 月 日	
今回の治療開始時の年齢	歳	治療方法(○で囲む)	A B <u>C</u> D E F 男性のみ
申請額	金	円	内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額
		金	円
		年 月 日	杉並区長 宛
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
	種別 (○で囲む)	普通・当座・貯蓄	口座番号
	フリガナ 口座名義人	※口座名義人が申請者以外の場合は、委任状に記入・押印が必要となります。	
添付した東京都の「特定不妊治療費助成承認決定通知書」に基づき他の区市町村の助成金を受けたことがありますか。(1 ない・2 ある 区市町村名 今年度 回目)			

(注)1 太枠の中を記入してください。

2 配偶者の住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合があります。

3 以下の書類を添付してください。

(1)東京都の「特定不妊治療費助成承認決定通知書」の原本と写し(各1通)

(2)東京都に提出した「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し

(3)東京都に提出した「精巣内精子生検採取法等受診等証明書」の写し

(男性不妊治療に要した医療費の助成を受けようとする場合)

※ その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

区処理欄

助成決定金額							
--------	--	--	--	--	--	--	--

【受付センター】 荻窪・高井戸・高円寺・上井草・和泉

【住基・書類確認】 受付時() 担当()

