

豊島区長宛

豊島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豊島区特定不妊治療費の助成を申請し、下記金額を請求します。

なお、助成金は、下記の口座に振り込んでください。

※申請にあたり、豊島区長が、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。

氏名（申請者及び配偶者が自署してください。）		生年月日					
フリガナ		昭和・平成					
申請者		年 月 日（ 歳）					
フリガナ		昭和・平成					
配偶者		年 月 日（ 歳）					
申請者住所		郵便番号		—		電話（ ）	
		豊島区					
配偶者住所 <small>（申請者と異なる場合）</small>		郵便番号		—		電話（ ）	
東京都受給者番号		東京都決定通知		第 号		年 月 日	
申請及び請求額		金		円			
振 込 先	金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店 出張所	
	フリガナ		金融機関 コード				
	種別	普通	口座名義人（上記申請者と同一）		店番号		
口座番号		（左詰め記入）					
依頼人 （申請者）氏名		Ⓜ					
添付した東京都の決定通知に基づき、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（ ）							

- （注） 1 太枠の中を記入してください。
 2 以下の書類を添付してください。
 (1) 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書のコピー
 (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コピー
 (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コピー
 (4) 配偶者の住所登録が区外にある場合、戸籍謄本など夫婦であることが証明できる書類
 ※男性不妊治療助成の申請をされる方は(2)(3)の両方が必要になります。

【区処理欄】

申請（消印）日	年 月 日
受給者番号	
助成決定年月日	年 月 日

申請書受領印