

第1号様式(第5条関係)

台東区特定不妊治療費(先進医療)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(先進医療)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、台東区長が、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(先進医療)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		年 月 日( 歳)			
(フリガナ)		年 月 日( 歳)			
配偶者		年 月 日( 歳)			
申請者住所	〒 台東区 丁目 番 号 電話 ( )				
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	〒 電話 ( )				
添付した東京都の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。	<input type="checkbox"/> ない	1. 台東区での助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 通算( )回 <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> ある	2. 今回の治療が2人目以降の特定不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 誕生日又は死産日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ			
東京都受給者番号		東京都決定通知	第 号 年 月 日		
申請額	金	円	※「実施した先進医療に係る費用の7割(小数点以下切り捨て)から15万円を除いた額」と「5万円」を比較して低い方の額を記入してください。		
年 月 日		台東区長 えて			
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	金融機関コード	
	種別 1 普通 (○で囲む) 2 当座	フリガナ 口座名義人※上記、申請者と同じ	店番号		
	口座番号				
※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。					
委任状					
私は、上記の口座名義人に特定不妊治療費(先進医療)の助成金の受領について委任します。					
年 月 日 (申請者)氏名 _____					

※ 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をいいます。

【区処理欄】

助成決定日 年 月 日  
決定通知日 年 月 日

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

受付者( )