

千代田区不妊検査等助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊検査等医療費の助成を申請します。

この申請に係る検査について、他の市区町村から同種の助成を受けていないことを誓約します。

確認等が必要な場合には、千代田区が医療機関等へ問合せすることに同意します。

記

氏 名 (ふりがな)		生 年 月 日	
ふりがな		年 月 日 (歳)	
申請者 (千代田区民)			
ふりがな		年 月 日 (歳)	
配偶者			
申請者住所	郵便番号	電話	()
配偶者住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	郵便番号	電話	()
※過去に千代田区不妊検査等助成申請を利用したことがありますか 有 ・ 無 申請者氏名 _____ 配偶者氏名 _____ (申請者及び配偶者が自署し、又は記名押印してください。スタンプ印不可)			
申請金額		金 _____ 円	
年	月	日	
		千代田区長	殿

申請受付印

決 定
年 月 日
承認 ・ 不承認
決定額
円

(注)

1 太枠の中を記入してください。

※申請額は、不妊検査等に要した医療費の自己負担額から東京都から受けた不妊検査等の助成額を差し引いた額をご記入ください。

2 以下の書類を添付してください

- (1) 東京都不妊検査等助成承認通知書の写し
- (2) 東京都の不妊検査等助成事業受診等証明書の写し(両面)
- (3) 千代田区不妊検査等助成事業受診等証明書
※不要の場合もございますので、お問い合わせください。

3 千代田区不妊検査等助成申請に際し、千代田区の納税状況・国民健康保険料納付状況及び 住民基本台帳を閲覧・調査することに同意します。 はい ・ いいえ