

特定不妊治療費助成申請書

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。

この申請に係る治療について、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。
千代田区が特定不妊治療費助成事業受診等証明書を受付します。

申請者、配偶者ともに
千代田区民の場合は、
東京都特定不妊治療費助成承認決定通知を
受けた方をご記入ください。

(ふりがな) 氏名 ()		前年の所得額	
申請者 (千代田区民)	()	円	
配偶者	()	円	
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 ()	
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		記入した内容に誤りがあった場合には、 当該箇所に二重線を引き、 正しく記入し、訂正してください。	
年 月 日			

申請受付印

決 定
年 月 日
承認・不承認

- (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通知書の写し(原本提示)
 (2) 東京都の特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

3 千代田区特定不妊治療費助成申請に際し、千代田区の課税状況・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