

千代田区特定不妊治療費(先進医療)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(先進医療)の助成を申請します。

記

氏 名 (ふ り が な)		生 年 月 日	
ふりがな			
申請者 (千代田区民)		年	月 日(歳)
ふりがな			
配偶者		年	月 日(歳)
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	()

※過去に千代田区特定不妊治療費(先進医療)助成を利用したことがありますか。 有 ・ 無

申請者 配偶者
氏名 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

【必須確認事項】下記3点を必ずご確認ください、チェックをお願いいたします。

- ☐ 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。
- ☐ 確認等が必要な場合には、千代田区が医療機関や東京都へ問合せすることに同意します。
- ☐ 千代田区が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

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。
- ※申請金額は、特定不妊治療費(先進医療)に要した医療費の自己負担額から東京都から受けた特定不妊治療費(先進医療)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東京都に提出した特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書の写し
- ②東京都が交付した特定不妊治療費(先進医療)助成承認決定通知書の写し