

千代田区凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり凍結卵子を使用した生殖補助医療へ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)	申請者・配偶者ともに千代田区民の場合は、 東京都凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成 承認決定通知を受けた方を申請者としてください。	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 ()	
※過去に千代田区凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成金を交付され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			
【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。			
☐ この申請に係る医療行為について、他の市		記載内容に誤りがあった場合には、 当該箇所には二重線を引き、正しい内容を記入し、 訂正箇所の近くの余白に署名をしてください。	
☐ 確認等が必要な場合には、千代田区が医療			
☐ 千代田区が住民基本台帳を閲覧すること			

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、生殖補助医療に要した費用の自己負担額から東京都から受けた凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成に係る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「凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成事業受診等証明書」の写し
- ②東京都が交付した「凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成承認決定通知書」の写し