

千代田区卵子凍結費用助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり卵子凍結費用の助成を申請します。

記

氏 名 (ふ り が な)		生 年 月 日	
ふりがな		年 月 日(歳)	
申請者			
申請者住所	郵便番号	電話	()

申請者
氏名 _____
(申請者が自署し、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。

- ☐ この申請に係る卵子凍結について、これまで千代田区および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
- ☐ 千代田区が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記入した内容に誤りがあった場合は、当該箇所に二重線を引き、正しい内容を記入してください。

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、卵子凍結に要した医療費の総額から東京都から受けた卵子凍結に係る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「卵子凍結への支援に向けた調査事業受診等証明書(凍結時)」の写し
- ②東京都が交付した「卵子凍結への支援に向けた調査事業調査協力(凍結時)助成承認決定通知書」の写し