

江戸川区長殿

捨印欄

江戸川区特定不妊治療費助成申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり江戸川区特定不妊治療費助成事業の申請を行います。
 なお、助成金は、下記の口座に振り込んでください。

申請印と同じ印鑑で捨印を押してください。
 押印頂ければ、軽微な修正の場合、返却することなく訂正ができます

※ 申請に当たり、江戸川区長が、私及び配偶者（事実上配偶者）と共同して、特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

記

※ 申請者及び配偶者が自署し、又は記名押印してください。

申請日		年 月 日	
氏名			
フリガナ		生 年 月 日	
申請者	印	年 月 日	
フリガナ			
配偶者	印	年 月 日	
申請者住所	〒	—	
配偶者住所	〒	—	
□申請者と同じ			
申請及び請求金額	金	円	うち、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	
種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義		
添付した東京都の決定に基づき、他の区市町村に申請しない			
1 ない 2 ある 区市町村名 ()			

単身赴任等で申請者と配偶者の住所が異なる場合はご記入ください。

申請額及び請求額は、「申請額及び請求額の算出方法シート」を参照し、ご記入ください。

口座は申請者名義の口座を指定してください。旧姓、配偶者名義の口座は別途委任状が必要になります。

【区処理欄】

住所・世帯要件確認者		<ul style="list-style-type: none"> ・ 2 か 所 押 印 の 確 認 <input type="checkbox"/> ・ 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し <input type="checkbox"/> ・ 東京都特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し <input type="checkbox"/> ・ 預金通帳の写し等 <input type="checkbox"/> ・ ※委任状（申請者と口座名義が異なる場合） <input type="checkbox"/> ・ ※精巣内精子生検採取法受診等証明書の写し <input type="checkbox"/> ・ ※戸籍謄本の写し（配偶者の住民登録が区外の場合） <input type="checkbox"/> （※ 該当者のみ確認）	申請書受領印
健康サービス課			
課長	係長		
主査	係員		