

文京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特定不妊治療費の助成を申請し、下記決定金額を請求します。
 申請に当たり、この申請に係る検査について、他の自治体による補助金（都規則に基づく助成を除く。）
 の交付を受けていないことを誓約します。
 なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

記

氏名												生年月日					
(フリガナ) 申請者												年 月 日 (歳)					
(フリガナ) 配偶者												年 月 日 (歳)					
住所(※1)		郵便番号				電話 ()											
住所(※2)		郵便番号				電話 ()											
申請者 氏名						配偶者 印 氏名											
(申請者および配偶者が自署し、または記名捺印してください。)																	
申請額		金		円								文京区長 殿					
年		月		日													
振 込 先	金融機関名				銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所								
	種別 (○で囲む)	普通 当座		(フリガナ)※必ずフリガナを振ってください													
		口座名義人															
口座番号												(左詰め記入)					

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
 2 ※1には、申請者の住所を記入してください。
 3 ※2には、配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。なお、住所が異なる場合とは、
 単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
 4 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事業受診等証明書（写し）
 (2) 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書（写し）
 (3) 支払金口座振替依頼書
 ※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。