

国立市長 殿

国立市特定不妊治療費助成金交付申請書

国立市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。
 なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認し、及び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自治体へ照会することに同意します。

記

氏 名		生 年 月 日
ふりがな		年 月 日(歳)
申請者	⑩ ※署名の場合は、押印不要です。	
ふりがな		年 月 日(歳)
配偶者		
申請者住所	国立市 電話 ()	
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	電話 ()	
申請額	_____ 円	

国立市特定不妊治療費助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	店番号				口座番号					
銀行 信用金庫 組合	預金種類	普通・当座								
		フリガナ								
		口座名義								
	口座は、申請者名義のものに限ります。									

- (注) 1 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助成事業受診等証明書の写し
 - (2) 特定不妊治療に係る医療費の領収証の写し
 - (3) 東京都から交付された特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し
- 2 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を同時に申請する場合は以下の書類も添付してください。
- (1) 東京都に提出した精巣内精子生検採取法等受診等証明書の写し
 - (2) 東京都に提出した医療機関の領収証(精巣内精子生検採取法等受診等証明書に記載された手術に係る医療費の領収証書)の写し