

世田谷区特定不妊治療費助成申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

世田谷区特定不妊治療費助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること、審査に必要な内容を医療機関等へ確認すること、助成金の  
 交付状況を他の自治体へ照会することに同意します。

		申請日	年	月	日
フリガナ		生年月日	年	月	日
申請者			(	歳)	
申請者の住所	〒 世田谷区				
(転出先)	〒 ※世田谷区より転出している場合のみ記入				
電話番号	—	—	自宅・携帯	※いずれかに○を	
フリガナ		生年月日	年	月	日
配偶者			(	歳)	
配偶者の住所	申請者と同住所・別住所 [ ]				
今回添付した東京都の「特定不妊治療費助成承認決定通知書」により、他の区市町村で助成金を受けたことがありますか。			はい・いいえ		
申請金額(請求額)	金		円	※助成額は区が決定します	

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。  
 口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関名及び支店名	銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協	本店・支店・出張所	預金種別				普通				
			口座番号								
コード			コード								
フリガナ	※必ず記入										
口座名義人	口座名義を旧姓使用している場合はチェック☑してください→										

※口座は、申請者又は配偶者の口座をご記入ください。

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

<input type="checkbox"/>	特定不妊治療費助成事業受診等証明書のコピー	医療機関が証明し、東京都に提出したもの
<input type="checkbox"/>	医療機関の領収書のコピー	上記証明書の治療期間内に支払った費用
<input type="checkbox"/>	特定不妊治療費助成承認決定通知書のコピー	東京都から交付されたもの ※この決定通知書に基づき他の区市町村にて助成金を受けた場合は、世田谷区では申請できません。

※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。

【区処理欄】

住定日 年 月 日～ 年 月 日

支給決定額							円
-------	--	--	--	--	--	--	---