

令和〇年〇月〇日

国分寺市長 殿

東京都の決定通知書が複数枚ある場合(例)2枚の場合は2枚の申請書が必要

申請者と提出者が違う場合は委任状((注)3)必須

国分寺市特定不妊治療費助成金交付申請書

申請日が承認決定日から1年以内であること

国分寺市特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、助成金は下記の口座に振り込んでください。

朱肉を使用(シャチハタ不可)

記

申請者		生年月日	
ふりがな	こくぶんじ はなこ	S	H
氏名	国分寺 花子	60年	1月 1日
住所	国分寺市 泉町2-3-8 いずみプラザ 健康推進課		
連絡先	電話 090-1234-5678		
振込先金融機関	店番号	1 2 3	口座番号
国分寺 銀行 信用金庫 組合	預金種類	普通・当座	4 5 6 7 8 9 0
	フリガナ	コクブンジ ハナコ	
	口座名義	国分寺 花子	
国分寺 支店	口座は申請者名義のものに限ります。		
申請額	30,000 円		
同意確認欄			
<p>■ 他の市区町村から、同一の特定不妊治療・精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成に対し同種の助成を受けていません。</p> <p>■ 申請に係る審査に際し、住民基本台帳への記録について公簿により確認し、及び特定不妊治療・精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成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。</p>			
		署名 国分寺 花子	

連絡のつく電話番号を記入

申請者氏名と口座名義(通帳上記載名)は同一名であること

申請日が承認決定日から1年以内であること

(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)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
- 3 代理人が申請手続をする場合は、委任状の提出が必要です。