

(宛先) 港区長

港区特定不妊治療費（先進医療及び自由診療）助成金支給申請書

関係書類を添えて下記のとおり助成金を申請します。

記

年 月 日

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	申請回数
申請者	()	年 月 日 (歳)	今年度 () 回目 通算 () 回目
配偶者	()	年 月 日 (歳)	

事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。

申請者住所	郵便番号 (-)	電話番号 ()
-------	------------	----------

配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	郵便番号 (-)	電話番号 ()
--	------------	----------

過去にこの助成金を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	1. 港区での本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり⇒通算 () 回 <input type="checkbox"/> なし
		2. 今回の治療が2人目以降の特定不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒出産日又は死産となった日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> いいえ	

今回申請する助成金の種別

<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 自由診療
東京都への申請状況 <input type="checkbox"/> 承認済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
申請額 金 _____ 円	申請額 金 _____ 円

- この助成の審査に必要な公簿（住民基本台帳、課税台帳等）の閲覧に同意します。
- 港区が特定不妊治療費（先進医療及び自由診療）助成事業による助成金の交付状況について他の自治体等へ照会することに同意します。
- 港区が治療、支払状況等を医療機関に照会することに同意します。
- 申請の内容について相違ありません。
- この申請に係る治療について、他の自治体等から同種の助成を受けていないことを誓約します。

振 込 口 座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	金融機関コード () 支店コード ()
	預金種別	普通 貯蓄	(フリガナ) 口座名義人	()
	口座番号			(左詰め)

※申請者ご本人の名義と異なる口座の場合、委任状が必要となります。

【区処理欄】

※太枠の中を記入ください。

申請受付日

決 定
年 月 日
承認 ・ 不承認

受給者番号