

記入要領

年 月 日

(あて先) 港区長

関係書類を

「申請者」は、治療の開始日から助成金の申請日まで継続して港区に住民登録がある方です。その期間、夫婦ともに住民登録がある場合は夫婦のどちらでも構いません。
※原則、振込みは申請者名義の口座です。

療費助成申請書

成を申請します。

		生年月日	年齢
フリガナ		S H	
申請者		年 月 日	歳
* 港区民			
フリガナ		S H	
配偶者	世帯(同・別)	年 月 日	歳
申請者住所	港区	電話番号	

必ず都(道府県)の申請要件を確認してご記入ください。

これまでの申請状況等を記入してください。

*該当するものに○をしてください

今回の治療に関する東京都への申請状況	東京都への過去の申請状況			港区への過去の申請有無	
	承認日	助成金額		有	無
1 承認済み	1回目 年 月 日	円		港区への申請年度	
2 申請中	2回目 年 月 日	円		平成・令和	年度
	3回目 年 月 日	円		平成・令和	年度
3 申請要件対象外	4回目 年 月 日	円		平成・令和	年度
	5回目 年 月 日	円		平成・令和	年度
東京都への過去の申請有無	6回目 年 月 日	円		平成・令和	年度
有・無					

受診等証明書に記載の領収金額ですが、都(道府県)助成金額を受けられる場合は、その金額を差し引いた金額です。ただし、助成上限額以上となる場合は、上限額を記入してください。
・特定不妊治療費上限額30万円
・男性不妊治療も申請する場合はその上限額15万円を合わせて45万円

同意します。
の自決

左記申請額のうち、男性不妊治療にかかった金額(上限15万円)

申請額	円	うち、精子を精巣等から採取するための手術に係る申請額	円
-----	---	----------------------------	---

振込み指定口座(都内に支店が無い信用金庫・信用組合等は指定できません。)

金融機関	コード																			
	フリガナ																			
申請者口座名義		<p>申請者名義の口座をご記入ください。申請者以外の口座の場合は、委任状の添付が必要です。(書式は問いません。)</p> <p>※申請者の旧姓名義の場合は、「旧姓」と併記してください。</p> <p>1 普通 2 当座</p>																		

* 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》

申請受付印	所得確認欄	都該当	決定	受給者番号
	申請者	円	年 月 日	
	配偶者	円	承認・不承認	