

(あて先)港区長

**港区特定不妊治療費助成申請書**

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

氏 名		生年月日	年齢
フリガナ		S H	
申請者 * 港区民		年 月 日	歳
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	
配偶者住所	* 申請者と異なる場合のみ記入してください。	電話番号	

\* 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回目	年 月 日	円	平成・令和	年度
2 申請中	3回目	年 月 日	円	平成・令和	年度
	4回目	年 月 日	円	平成・令和	年度
3 申請要件対象外	5回目	年 月 日	円	平成・令和	年度
	6回目	年 月 日	円	平成・令和	年度
東京都への過去の申請有無	有 ・ 無				

- 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助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。
- 港区が治療や支払い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は間違いはありません。

申請額	円	うち、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額	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	銀行 信用金庫 信用組合		支店	口座番号										
	コード				店番号		1 普通 2 当座							
フリガナ														
申請者口座名義														

\* 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
申請者	円	
配偶者	円	

決定
年 月 日
承認 ・ 不承認

受給者番号
-------