

不育症検査医療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査に係る医療費の助成を申請します。
 また、東京都が不育症検査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。

記

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
申請者	()	年 月 日 (歳)	
配偶者	()	年 月 日 (歳)	
申請者住所	郵便番号 (-)	電話 ()	
配偶者住所	郵便番号 (-)	電話 ()	
(※申請者と異なる場合のみ記入)			
夫婦それぞれの氏名をご自身で記入してください。			
申請者 氏 名 _____	配偶者 氏 名 _____		
検査期間		年 月 日 ~	年 月 日
		(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日)	
申請額		円	

		年 月 日	
東京都知事 殿			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 店番号 _____ 支店 _____ 出張所 _____
	預金種別	普通 貯蓄	(フリガナ) _____ () _____ 口座名義人(申請者)
	口座番号	_____	_____

申請受付日

決 定
年 月 日
承 認 ・ 不承認

入 力
受給者番号

- (注)1 太枠の中を記入してください。
 2 以下の書類を添付してください。
 (1) 不育症検査助成事業受診等証明書（第2号様式）
 (2) 住民票の写し（検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し）（コピー不可）
 (3) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）等（コピー不可））
 3 申請期限（消印日）は検査終了日から6か月以内です。