

記入要領

不妊検査等医療費助成申請書

おとり不妊検査及び一般不妊治療に係る医療費
また、東京都が不妊検査等助成事業による助成金の交付状況について

証明書(第2号様式)の
検査開始日時点の年齢
を記入してください。

申請者=夫なら、配偶者=妻
申請者=妻なら、配偶者=夫
()にふりがなを忘れずに!

氏名		生年月日
申請者	(とちょう はなこ) 都庁 花子	平成 ○○年 △月 □日 (29歳)
配偶者	(とちょう たろう) 都庁 太郎	昭和 ○○年 ◇月××日 (33歳)

申請者住所	郵便番号 (163-8001) 新宿区西新宿2-8-1	電話 03 (5321) 1111
	郵便番号 (-) 同上	

申請者氏名	都庁 花子	配偶者氏名	都庁 太郎
申請額	金 50,000 円		
申請日	××年 8月10日		

東京都の公金取扱金融機関を記入してください。	都庁	銀行 金庫 農協	本店 都庁駅前	支店 出張所	店番号 3 2	都庁
込先	預金種別 普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人(申請者)	(トチョウ ハナコ) 都庁 花子			
	口座番号	2 3 4 5 6 7	(右詰め記入)			

申請	定期口座は使用できません。	決 年 月	振込先口座は 申請者名義の口座 を指定してください。
		承認 ・ 不承認	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) 不妊検査等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))