

中野区(特定不妊治療)助成申請兼請求書

ご記入について

この書類は助成を受けるための重要な証拠書類です。油性ボールペンなどをご使用ください(文字が消える筆記用具を使用したものは受理できません)。間違えた場合は新たに申請書を書き直してください。修正テープや修正液等は使用できません。

申請書を送付する日をご記入ください。
※消印日が申請日となります。西暦または元号から記入してください

また、特定不妊治療費(先進医療)助成事業

生年月日

年 月 日 (歳)

生年月日は、西暦または元号から記入してください

年 月 日 (歳)

申請者は、東京都の承認決定通知を受けた方のお名前をお書きください

電話 ()

申請者住所 中野区 丁目 番 号

配偶者住所 (申請者と異なる場合) 丁目 番 号

金額

金 円

提出された資料から中野区で算出いたしますので、空欄のままお出しください(金額は訂正できません)

今回申請の治療費用の助成を他の区市町村で受けたことがありますか。(※東京都の助成は含みません。)

1. ない 2. ある ⇒ 区市町村名:

どちらかに必ず○を付けてください

振込先

金融機関名

銀行 信用金庫 信用組合

本支店 出張所 口座番号

1. 普通 2. 当座

フリガナ

ゆうちょ銀行の場合は、三桁の漢数字を記入してください

口座名義人

振込先に申請者ご本人の旧姓名義の口座は指定できません

※口座名義人が、申請者以外の場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

委任状

私は、上記口座名義人に特定不妊治療費(先進医療)に関する助成金の受取を委任します。

年 月 日

(申請者)氏 名

中野

【区処理欄】

受 付

窓口

郵送

本人確認

消印日

1点確認

個人番号カード
パスポート
在留カード
その他()

免許証
障害者手帳

2点確認

健康保険証
各医療受給者証
その他()

年金手帳
年金証書

振込先の名義人が申請者ご本人の配偶者の場合は、委任状欄へのご記入と押印が必要です。
※申請者ご本人の旧姓名義の口座は指定できません

(ア)-(イ)=(ウ)

申請・請求額:上記(ウ)の金額と50,000円のいずれか 低い方の金額=(エ)