



第1号様式

品川区一般不妊治療医療費助成申請書

【太枠内を記入してください】

(フリガナ) 氏名		生年月日		
申請者	( )	年	月 日	
配偶者	( )	年	月 日	
申請者住所	電話			
配偶者住所	電話 (※申請者と異なる場合のみ記入)			
申請理由 <small>※該当するものに「レ点」を記してください。</small>	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療が終了した→ ( <input type="checkbox"/> 妊娠に至った <input type="checkbox"/> 特定不妊治療に進んだ ) <input type="checkbox"/> 助成限度額 (5万円) に達した <input type="checkbox"/> 開始日から1年になった <input type="checkbox"/> その他 (理由: )			
<p>関係書類を添えて、品川区一般不妊治療医療費助成を申請します。            他の都道府県もしくは区市町村による助成について、またこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。            助成金は下記口座に振り込みください。</p> <p>申請者氏名 _____ (印)      配偶者氏名 _____ (印)</p> <p>助成申請額 金 _____ 円            ※「医療機関および薬局の証明欄」の領収金額の合計額 (上限5万円)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">品 川 区 長 あて</p>				
振込先	金融機関名	銀行 (店番号: )		本店
		金庫		支店
		組合		出張所
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一人	( )
	口座番号			(右詰め記入)

【添付書類】

品川区一般不妊治療・検査受診等証明書

【申請期限】

開始日から1年以内。医療機関の証明が間に合わない等、やむを得ない事情により期限内に申請できない場合には、1年を経過した日から3か月以内

(申請受付印)

住民情報システム確認		医療機関証明書確認	
整理番号	申請者		
	配偶者		

記入には、消えるボールペン・鉛筆は使用しないでください。

記入見本

申請者捨印

品川区一般不妊治療医療費助成申請書

【太枠内を記入してください】

品川

注1

(ふりがな) 氏名	生年月日
申請者 (しながわ たろう 品川 太郎)	昭和〇〇年〇月〇日
配偶者 (しながわ はな 品川 花子)	昭和〇〇年〇月〇日

記入を間違えた時は、二重線を引きその上に申請者印を押印して訂正してください。修正テープ等は使用しないでください。印鑑は朱肉を使うタイプに限ります。

品川区広野3-1-6  
品川区公町2-1-35

電話 090-XXXX-XXXX

電話 03-XXXX-XXXX

申請者と異なる場合のみ記入)

一般不妊治療が終了した→ (  妊娠に至った  特定不妊治療に進んだ )

助成限度額 (5万円) に達した

開始日から1年になった

その他 (理由: )

スタンプ式印は不可です。朱肉を使う印鑑を使用してください。配偶者の印は、申請者印が氏のみ印であれば、申請者と同一のものでも構いません

注1

申請者氏名 品川 太郎 品川 配偶者氏名 品川 花子 花子

助成申請額 金 44,450 円

※「医療機関および薬局の証明欄」の合計額 (上限5万円)

××年 3月 日

申請書を記載した日を記入します。

第2号様式-2「医療機関の証明領収欄」と「薬局の証明欄」の「領収金額合計」の合計額を記載してください。申請金額が5万円を超える場合は、50,000と記載してください。

振込先

金融機関名	〇〇〇	銀行 (店番号: 195)	本店
		品川区役所	支店
預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人	出張所
		品川 太郎	
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(右詰め記入)	

注1

振込先の記載に誤りがあると、助成金を振り込むことができません。正確に記載してください。

注1 申請者は、夫・妻どちらでも構いませんが、振込先の口座名義人と同一人としてください。また、旧姓名義の口座は指定できません。