

第1号様式（第6条関係）

品川区不妊治療（生殖補助医療）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	()			西暦	年	月	日
配偶者	()			西暦	年	月	日
申請者住所				電話			
配偶者住所	(※申請者と異なる場合のみ記入)			電話			
高額療養費 付加給付金 の給付	申請する不妊治療費について、高額療養費・付加給付金の支給を受けましたか ※支給を受けられるか不明な場合は、加入している健康保険に確認してください。						
	<input type="checkbox"/> 受けました ⇒ <u>健康保険者の発行した支給決定通知等の支給額のわかるものを提出</u> <input type="checkbox"/> 受けていません						
<p>関係書類を添えて、品川区不妊治療（生殖補助医療）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 _____ 配偶者氏名 _____</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 ※申請者と同一名義のものに限る。	()			
	口座番号						(右詰め記入)

【添付書類】

品川区不妊治療（生殖補助医療）受診等証明書

【申請期限】

当該治療が終了した日から起算して1年以内

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		

(申請受付印)