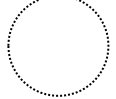


品川区特定不妊治療費助成申請書



【太枠内を記入してください】

(フリガナ) 氏名		生年月日 (年齢)	
申請者	()	西暦	年 月 日 (歳)
配偶者	()	西暦	年 月 日 (歳)
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	

関係書類を添えて、品川区特定不妊治療費助成を申請し、下記金額を請求します。
 他の自治体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。
 なお、助成金は、下記口座に振り込みください。

申請者氏名 _____ (印) 配偶者氏名 _____ (印)

助成申請額 金 _____ 円

内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額 金 _____ 円

年 月 日

品川区長あて

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)

【添付書類】

- (1) 東京都へ提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 - (2) 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書
 - (3) 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を同時に申請する場合は、東京都へ提出した精巣内精子生検採取法等受診等証明書の写し
 - (4) 住民基本台帳により婚姻の確認が出来ない場合は戸籍謄本
- ※その他、審査のための書類を提出いただくことがあります。

【申請期限】

東京都の承認決定日から1年

※いかなる理由でも申請期限を過ぎたものは受付できません。



住民情報システム確認		添付書類確認	
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

申請者検印

品川区特定不妊治療費助成申請書

品川

【太枠内を記入してください】

(フリガナ) 氏名		生年月日(年齢)	
注1 申請者	(しながわ たらう 品川 太郎)	西暦〇〇〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇歳)	
配偶者	(しながわ はなこ 品川 花子)	西暦〇〇〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇歳)	
品川区広町3-1-36 品川区広町2-1-36		電話 090-XXXX-XXXX	
品川区広町3-1-36		電話 090-XXXX-XXXX	
品川区特定不妊治療費助成申請書に提出します。 他の自治体による助成について、また、ここで、品川区が調査することに同意します。 なお、助成金は、下記口座に振り込みください。			
注1 申請者氏名 品川 太郎		配偶者氏名 品川 花子	
助成申請額 金 100,000 円		精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を同時に申請される場合は、ここにその申請額を記入します。	
内、精子を精巣等から採取するた...に係る申請額 金 50,000 円		特定不妊治療費助成の申請と同時に精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を申請される方は、合算した申請額を記入します。 この記入例は治療ステージ「B」で10万円を申請される場合です。	
〇〇年 〇月 〇日		銀行 (店番号: 〇〇〇) 本店 品川区役所 支店 出張所	
振込先	預金種別 普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人 (シナガワ タロウ 品川 太郎)	
	※申請者と同一人		注1
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 (右詰め)	

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。

助成申請額は、東京都へ提出した「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」、「精巣内精子生検採取法等受診等証明書」に記載された助成対象の医療費から、東京都で承認決定された助成額を差し引いた額のうち、助成限度額を上限とした額となります。
助成限度額については、「品川区特定不妊治療費助成のご案内」をご確認ください。