

## 大田区特定不妊治療費（先進医療）助成申請書

（宛先）大田区長

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。なお、助成金は下記の口座に振り込んでください。

記

氏名		生年月日（年齢）					
※申請者	フリガナ	年 月 日（ 歳）					
配偶者	フリガナ	年 月 日（ 歳）					
申請者住所	〒 大田区	電話（ ）					
配偶者住所 （申請者と異なる場合）	〒	電話（ ）					
東京都決定通知	第 号 年 月 日	東京都受給者番号					
過去にこの助成金と同様の助成を他の自治体で受けたことがありますか（東京都の助成は除く。） ない ・ ある →過去（ ）回受けた（ ）区(市)							
※申請金額 金 _____ 円		「実施した先進医療に係る費用の7割（10円未満四捨五入）から15万円を除いた額」と「5万円」を比較して低い方の額を記入してください。					
振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	金融機関コード			
	預金種目 （○で囲む。）	普通・当座	※口座番号(右づめ)	店番号			
	口座カナ						
	※口座名義						
同意欄	私は、申請に当たり、大田区長が、私及び配偶者の住民基本台帳及び納税台帳について照会すること並びに特定不妊治療費（先進医療）助成事業による助成金の交付状況について他自治体へ照会することに同意します。 氏名(自署)						

- 太枠内を記入してください。また、消せるボールペンは使用しないでください。
- 配偶者住所が申請者と異なる場合は、単身赴任等でそれぞれが異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- 口座名義人が申請者以外の場合は、委任状が必要となります。
- その他書類審査の結果、大田区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。
- 申請書内の※部分は訂正できません。

### 【添付資料】

- ・東京都に提出した特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書の写し
- ・東京都特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書の写し
- ・振込口座の確認書類（通帳又はキャッシュカードなど、口座名義、口座番号がわかるものの写し）
- ・住民税の納税証明書の写し又はそれに代わるもの（申請書の同意欄に同意する旨の署名をした場合は不要）
- ・配偶者住所が申請者と異なる場合は戸籍謄本（3か月以内に発行された原本）

健康づくり課処理欄	<input type="checkbox"/> 受診等証明書 <input type="checkbox"/> 承認決定通知書 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） 助成決定額 _____ 円（ 年 月 日 決定）
納税課処理欄	