別記様式第１号（第５条関係）　　印

文京区特定不妊治療費助成申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請し、交付決定金額を請求します。
なお、交付決定金額は下記の口座に振り込んでください。

記

氏　　名		生　年　月　日
（フリガナ） 申請者		年　　月　　日（　　歳）
（フリガナ） 配偶者		年　　月　　日（　　歳）
申請者住所	郵便番号	電話　　（　　）
配偶者住所 （※1）	郵便番号	電話　　（　　）

以下ご確認いただき、□にチェックをお願いします。

□今回文京区へ助成の申請を行った治療について、申請者及び配偶者ともに他の自治体による補助金（都規則に基づく助成を除く。）の交付を受けておりません。

□今回文京区へ助成の申請を行った治療について、助成金の交付状況を他の自治体に照会することに同意します。

申請者
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

配偶者
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申 請 額　　金 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

年　　月　　日　　文京区長　殿

振込先				
金融機関名		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
種　別 （○で囲む。）	普　通 当　座	（フリガナ）※必ずフリガナを振ってください。		
		口座名義人		
口座番号				（左詰め記入）

（注）　１　太枠の中を記入してください。
　　２　※１は、申請者と住所が異なる場合のみ記入してください。
　　３　以下の書類を添付してください。
　　（１）東京都特定不妊治療費助成事業受診等証明書（写し）
　　（２）東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書（写し）
　　（３）支払金口座振替依頼書
　　※その他書類審査の結果、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。