

練馬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、下記決定金額を請求します。
 なお、支給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)				
住所(※1)	郵便番号					電話 ()								
住所(※2)	郵便番号					電話 ()								
申請者 氏 名 _____					配偶者 氏 名 _____					印 _____				
(申請者および配偶者が自署し、押印してください。)														
申 請 額					金 _____ 円					年 月 日			練馬区長 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には、申請者の住所を記入してください。
 3 ※2には、配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。なお、住所が異なる場合は、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合があります。
 4 以下の書類を添付してください。
 (1) 特定不妊治療受診等証明書
 (2) 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書
 ※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。

【区処理欄】

上記申請の特定不妊治療費を下記のとおり決定する。

申請受付印

助成決定金額						
助成決定年月日	年 月 日					
助成決定通知年月日	年 月 日					

健康推進課長
