

記入要領

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、助成決定金額は、下記の口座に振り込んでください。

※申請に当たり、練馬区長が私および配偶者の住民基本台帳を閲覧すること、また、特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意いたします。

記

氏名 (申請者および配偶者が自署してください。)										生年月日		
(フリガナ) ネリマ ハナコ										昭和・平成 今回の治療開始時年齢		
申請者 練馬 花子										「昭和」または「平成」を丸で囲んでください。 月 1日 (42歳)		
(フリガナ) ネリマ タロウ										昭和・平成 今回の治療開始時年齢		
配偶者 練馬 太郎										52年 1月 1日 (42歳)		
申請者住所 郵便番号(176 -8501 ) 練馬区 豊玉北 6丁目 12番										電話 090 ( 1234 )5678		
配偶者住所 郵便番号( - )										電話 電話番号は、日中連絡をとれる電話番号を記入してください。		
<p>「特定不妊治療費助成」の申請と「精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成」を同時申請される方は、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10万円を助成される場合)</p> <p>申請額 金 100,000 円</p> <p>令和 年 月 日</p>										<p>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</p> <p>金 50,000 円</p>		
振込先										練馬区長 殿		
ねりま										銀行 本店		
フリガナ										支店番号		
口座名義人(申請者)										ネリマ ハナコ 出張所 1 2 3		
口座番号										練馬 花子 (左詰め記入)		

(注)1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

- 練馬区特定不妊治療受診等証明書(第2号様式)
- 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書(原本)
- 住民票で婚姻の確認ができない場合、申請日から3か月以内に発行された戸籍謄本(原本)
- 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、

練馬区精巣内精子生検採取法等受診等証明書(第3号様式)も添付してください。

※ そのほか、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助成金額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			日
助成決定通知年月日				年			日