

杉並区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不妊治療費の助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請にあたり、杉並区長が、私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧すること、また、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します。

記

氏 名		生 年 月 日			
(フリガナ)					
申請者		年 月 日(歳)			
(フリガナ)					
申請者 (配偶者等)		年 月 日(歳)			
申請者住所	〒 杉並区 丁目 番 号		電話 ()		
配偶者等住所 (申請者と異なる場合)	〒		電話 ()		
東京都受給者番号		都承認決定日	年 月 日		
高額療養費及び 付加給付金等の額※1	該当しない場合は空欄		治療開始日(治療計画の日)	年 月 日	
治療費 (領収金額)	今回の生殖補助医療にかかった費用 円(保険診療及び先進医療の合計額) うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用 円				
区への申請額	金 円 令和 年 月 日 杉並区長 宛				
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	金融機関コード	
	種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	店番号	
	フリガナ 口座名義人				
添付した東京都の「不妊治療費助成承認決定通知書」に基づき他の区市町村の助成金を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある					

※1 保険者等に高額療養費及び付加給付金の支給状況を確認するほか、支給額等が確認できる書類の提出を求める場合があります。

以下の書類を添付してください。

- (1)東京都の「不妊治療費助成承認決定通知書」の写し
(2)東京都に提出した「不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し
(3)本人確認書類の写し

区処理欄

助成決定金額							
--------	--	--	--	--	--	--	--

本人確認書類	☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード(表面のみ)
	☐ 有効期限内の健康保険資格確認書 ☐ その他 ()