

別記様式第1号(第4条関係)

(表)

令和 年 月 日

特定不妊治療費助成金交付申請書

福生市長 宛て

申請者 住 所 福生市
氏 名 印
電 話

配偶者 住 所 福生市
氏 名 印
電 話

特定不妊治療の費用を負担したので、福生市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり助成金の交付を申請します。

この申請について、住民情報及び市税の納付状況を公簿等により確認すること並びに他の自治体及び医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
申請者氏名			昭和 年 月 日 平成 (歳)
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
配偶者氏名			昭和 年 月 日 平成 (歳)
助成金交付 申請額	円 (内、精巢内精子生検採取法等に係る助成金申請額 円)		

*裏面も御確認、御記入ください。

(裏)

注1 必要書類(提示又は提出が必要となります。)

(1) 東京都から交付された特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し

(2) 特定不妊治療に係る助成金を申請する場合

ア 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

イ 特定不妊治療に係る医療機関の領収書の写し

(3) 精巣内精子生検採取法等に係る助成金を申請する場合

ア 精巣内精子生検採取法等受診証明書の写し

イ 精巣内精子生検採取法等受診証明書に記載された手術に係る医療機関の領収書の写し

(4) その他市長が必要と認める書類

注2 助成額には上限があります。詳細は、お問合せください。

注3 申請期間は、都助成の決定を受けた日から1年間です。

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号					支店番号			口座種別	
(金融機関名)	1 銀行	4 信組			(支店名)	1 本店		1 普通	
	2 信金	5 その他				2 支店		2 当座	
	3 農協					3 出張所			
口座番号					口座名義()				
					フリガナ				
					名義人				

口座名義は、申請者名義のものに限ります。

注) ゆうちょ銀行に振込みを御希望の方は、郵便局で口座振替用の印字を受けた口座番号を記入してください。