

不育症検査医療費助成申請書

記入要領

この申請書により不育症検査に係る医療費の助成を申請します。
また、東京都の不育症検査助成事業による助成金の交付状況について他の注意を要します。

証明書(第2号様式)の
検査開始日時点の年齢を記入してください。

申請者=夫なら、配偶者=妻
申請者=妻なら、配偶者=夫
()にふりがなを忘れずに!

申請者	(東京都 花子) 都庁 花子	生 年 月 日 平成 〇〇年 △月 □日 (29歳)
配偶者	(東京都 太郎) 都庁 太郎	昭和 〇〇年 ◇月 ××日 (35歳)

申請者住所	郵便番号 (163-8001) 新宿区西新宿2-8-1	電話 03 (5321) 1111
	郵便番号 () 同上	

申請者氏名	都庁 花子	都庁 太郎
検査期間	2019年 8月 2日 ~ 2019年 12月 22日	

申請額	金 50,000 円
年 月 日	申請書を記載した日を記入します。

東京都の公金取扱金融機関を記入してください。	都庁	銀行 金庫 農協	本店 都庁駅前	支店 3 2	出張所 都庁
------------------------	----	----------	---------	--------	--------

込先	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ)	(トチョウ ハナコ)
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人(申請者)	都庁 花子

申請日	定期口座は使用できません。	決 定	振込先口座は申請者名義の口座を指定してください。
		年 月 日	
		承 認 ・ 不承認	
			受給者番号

- (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。
(1) 不育症検査助成事業受診等証明書 (第2号様式)
(2) 住民票の写し (検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し) (コピー不可)
(3) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類 (戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等 (コピー不可))
3 申請期限 (消印日) は検査終了日から6か月以内です。