

第1号様式（第5関係）

不妊検査等医療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊検査及び一般不妊治療に係る医療費の助成を申請します。  
 また、東京都が不妊検査等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

( ふりがな ) 氏 名		生 年 月 日	
申請者	( )	年	月 日 ( 歳)
配偶者	( )	年	月 日 ( 歳)
申請者住所	郵便番号 ( - )	電話	( )
配偶者住所	郵便番号 ( - )	電話	( )
(※申請者と異なる場合のみ記入) 夫婦それぞれの氏名をご自身で記入してください。 申請者 氏 名 _____ 配偶者 氏 名 _____  申 請 額 金 _____ 円  年 月 日  東 京 都 知 事 殿			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 店番号 支店 出張所
	預金種別	普通 貯蓄	( フリガナ ) 口座名義人 (申請者)
	口座番号		(右詰め記入)

申請受付日

決 定
年 月 日
承 認 ・ 不 承 認

入 力
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) 不妊検査等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））