

申請書記入上の注意

第1号様式（第5条関係）

（宛先）昭島市長

〇〇 年 〇 月 〇 日

昭島市特定不妊治療医療費助成申請書

特定不妊治療に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳への記録について公簿により確認し、また必要があると思われるときは、医療機関又は他の自治体へ内容について照会することに同意します。

記

氏 名	フリガナ	生 年 月 日
申請者	アキシマ ハナコ 昭島 花子	〇年〇月〇日（〇 歳）
配偶者	アキシマ タロウ 昭島 太郎	〇年〇月〇日（〇 歳）
申請者住所	昭島市 〇〇町 〇-〇-〇	電話 090（*****）*****
配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合は記入</small>	昭島市	電話 080（*****）*****
申請額	30,000 円	（内、障子や補綴費から控除するための申請額 0 円）

郵送の場合は投函日を記載してください。

申請者は、東京都の特定不妊治療費助成承認決定通知書の宛て名と同一にするとともに、振込口座名義人と一致させてください。
押印は銀行印でなくても大丈夫ですが、スタンプ印でなく朱肉を使うものを使用して下さい。

申請額：領収金額から東京都の助成額を減じた額につき3万円を上限とした額を記入してください。

昭島市特定不妊治療医療費助成金口座振込依頼書

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	〇〇 〇〇 〇〇	本店 支店	普通 当座
口座番号	1 2 3 〇 〇 〇 〇		
口座名義 <small>※申請者名義のものに限ります</small>	（フリガナ） アキシマ ハナコ （姓 名） 昭島 花子		

通帳やATMカードなど口座番号、店番号がわかるもののコピーの添付にご協力ください。

訂正箇所がある場合は、必ず訂正印を押してください。