

## 申請書記入上の注意

第1号様式（第5条開保）

（宛先）昭島市長

〇〇年〇月〇日

郵送の場合は投函日を記載してください。

### 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載について公榜により確認し、また必要があると認めたときは、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	生年月日
フリガナ アキシマ ハナコ	〇〇年〇月〇日（〇〇年〇月〇日）
申請者 昭島 花子	（印）
フリガナ アキシマ タロウ	〇〇年〇月〇日（〇〇年〇月〇日）
配偶者 昭島 太郎	（印）
申請者住所 〇〇町 〇一〇一〇	電話 090( **** ) ****
配偶者住所 昭島市	電話 080( **** ) ****
申請額 30,000 円 (内、精子を精液から採取するための手術料に係る申請額 0 円)	（印）

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。

### 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	銀行 信託会社 信託組合 團体	本店 支店	普通・当座
口座番号 1 2 3 〇〇〇〇〇			
口座名義 ※申請者名義のものに 限ります	(フリガナ) アキシマ ハナコ (名前) 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。