

年 月 日

（宛先）昭島市長

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		
申 請 者	㊞	年 月 日（ 歳）
フリガナ		
配 偶 者	㊞	年 月 日（ 歳）
申請者住所	昭島市 電話（ ）	
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	昭島市 電話（ ）	
申 請 額	円 (内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額 円)	

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	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	普通・当座
口 座 番 号			
口 座 名 義 ※申請者名義のものに 限ります	(フリガナ) ----- (名 義)		

（注）1 以下の書類を添付してください。

- （1）特定不妊治療に係る医療機関の領収書の写し
- （2）東京都に提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- （3）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 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を申請する場合は、次の書類も添付してください。

- （1）東京都に提出した精巣内精子生検採取法等受診等証明書の写し
- （2）医療機関の領収書（精巣内精子生検採取法等受診等証明書に記載された手術に係るもの）の写し