

年 月 日

東大和市不妊検査及び不妊治療費助成申請書

東大和市長 殿

フリガナ  
氏 名 申請者 (印)

電話番号

※朱肉を使う印鑑を押印してください。

東大和市不妊検査及び不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

不妊検査及び一般不妊治療 特定不妊治療

フリガナ		生 年	昭和	年	月	日 ( 歳)
申請者氏名		月 日	平成			
フリガナ		生 年	昭和	年	月	日 ( 歳)
配偶者氏名		月 日	平成			
申請者住所	東大和市					
配偶者住所 (※1)	東大和市					

※1 配偶者の住所が申請者と異なる場合のみ記入してください。

※2 添付書類によっては東京都に照会する場合がありますので、予めご了承ください。

必要書類等	<input type="checkbox"/> 都助成の決定通知の写し <input type="checkbox"/> 都助成の決定の際に提出した不妊検査等助成事業受診等証明書または特定不妊治療助成事業受診等証明書の写し <input type="checkbox"/> 都助成の決定の際に提出した当該特定不妊治療に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 申請書に押印の印鑑及び申請者名義の振込口座の通帳等の写し
-------	---

同意書	<p>私は、不妊検査及び不妊治療費の助成を受けるため、私（申請者）の住民基本台帳を閲覧し、また、治療の状況等について医療機関に照会することに同意します。</p> <p>年 月 日 申請者 氏名 (印)</p>
-----	--