

## 中央区特定不妊治療費助成申請書

(あて先)中央区長

私は特定不妊治療費の助成を申請します。

		申請日	年	月	日
ふりがな					
申請者氏名	生年月日 年 月 日				
住所	〒 ー 中央区				
電話番号			連絡先		
ふりがな					
配偶者氏名	生年月日 年 月 日				
住所(申請者と異なる場合に記入)	〒 ー				
電話番号			連絡先		

申請金額	円
------	---

- (注) 1 太枠の中を記入してください。  
2 住所が申請者と異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる住所を有する場合があります。  
3 以下の書類を添付してください。  
(1) 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書  
(2) 中央区特定不妊治療受診等証明書又は東京都に提出した特定不妊治療受診等証明書の写し

申請者及び配偶者の住所等の確認について、公簿により行うことに同意します。  
特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況を他の自治体へ照会することに同意します。

署名

---