

## 足立区特定不妊治療費助成申請書

（提出先） 足立区長

下記のとおり、足立区特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定による特定不妊治療費の助成を申請します。なお、支給が決定した場合は、下記の口座に振り込んでください。

申請にあたり、足立区長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また、不妊治療に係る助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

記

年 月 日

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日	( 歳)
	氏名						
	住所	〒			電話	( )	
配偶者	フリガナ				生年月日	年 月 日	( 歳)
	氏名						
	住所 <small>(申請者と異なる場合)</small>	〒					
申請額		_____ 円					
添付した東京都の決定通知書に基づき、他の区市町村の助成金は受けていません。 また、本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区職員が行うことに同意します。							
申請者 氏名 _____							
振込先	金融機関名				支店名	本店 支店 出張所	
	金融機関コード				店番号		
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						

※口座名義が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入、押印してください。

委任状	
私は、下記の者に足立区特定不妊治療費の助成金の受領について委任します。	
受任者	住所 _____
	氏名 _____
年 月 日	申請者 氏名 _____

【区処理欄】 上記申請の特定不妊治療費助成金を下記のとおり決定する。

助成決定金額	_____ 円
決定年月日	年 月 日

申請受付印
-------