

記入例

関係書類を添えて下記の請求します。なお、支給決定
 ※ 申請にあたり、台東区
 事業による助成金の交

【申請印・捨印についてのご案内】

- ◆ 押印は任意です。
- ◆ 申請書に誤字等があり訂正が必要になった場合、申請印と捨印の2箇所に押印(同じ印鑑・シャチハタ不可)があれば、区で修正が可能です。※申請額の訂正はできません。
- ◆ 申請印と捨印の押印がなく、訂正が必要となった場合には、一度申請書をお返し、訂正をお願いすることになります。

捨印



決定額を
療費助成

氏名		〒110-0015 台東区 東上野 4丁目 22番 8号 台東保健所 2階 電話 03(3847)9447	
(フリガナ)	タイウ ハナコ	申請印	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (××歳)
申請者	台東 花子		
(フリガナ)	タイウ タロウ		〇〇年 〇〇月 ××日 (△△歳)
配偶者	台東 太郎		
申請者住所	〒110-0015 台東区 東上野 4丁目 22番 8号 台東保健所 2階 電話 03(3847)9447		
配偶者住所 (申請者と異なる場合)	〒 () 電話 ()		
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を受けたいが		<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
令和3年1月1日以降に終了した治療について、東京都への申請時に助成回数のリセットをされた方のみご記入ください。		2. 今回の治療が2人目以降の特定不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 出生日又は死産日(年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ	
東京都受給者番号	99999	東京都決定通知	第 〇〇 号 〇〇年△△月〇〇日
申請額	申請額は記入しないでください。 〇〇年 〇〇月 ××日 台東区長 あて		
振込先	金融機関名	台東保健所 銀行 信用金庫 信用組合	本店 東上野 支店 出張所
	種別	1 普通 (〇で囲む) 2 当座	金融機関コード 5 2 4 6 店番号 9 9 9
	口座番号	フリガナ 口座名義人※上記、申請者と同一	タイウ タロウ 台東 太郎
※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。			
治療1回につき、東京都の助成金額を差し引いた額に対して 治療区分A・B・D・E 50,000円まで 治療区分C・F 25,000円まで を上限金額に助成決定します。		委任状 助成金の受領について委任します。 氏名 台東 花子 申請者と配偶者が異なる	
助成決定日 年 月 日 決定通知日 年 月 日		助成決定金額 受付者()	

この欄は記入しないでください。

令和3年1月1日以降に終了した治療について、東京都への申請時に助成回数のリセットをされた方のみご記入ください。

申請額は記入しないでください。

振込先を申請者以外に指定する場合は、委任状に記入が必要です。