

第1号様式(第5条関係)

関係書類を添えて下の決定額を請求します。  
※ 申請にあたり、台東医療)助成事業によ

**【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し、訂正をお願いすることになります。

捨印

決定後は、て  
治療費(先進



(フリガナ)	タイトウ	ハナコ	申請印				
申請者	台 東	花 子	①	〇〇年 〇〇月 〇〇日(××歳)			
(フリガナ)	タイトウ	タロウ		〇〇年 〇〇月 〇〇日(××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ことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ない		この欄は記入しないでください。 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				
	<input type="checkbox"/> ある						
東京都受給者番号	999999		東京都決定通知	第 〇〇 号 令和〇年 〇月 ×日			
申請額	申請額は記入しないでください。		※「実施した先進医療に係る費用の 7 割(小数点以下切り捨て)から 15 万円を除いた額」と「5 万円」を比較して低い方の額を記入してください。				
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	金融機関コード	5 2 4 6
	種別	フリガナ	タイトウ タロウ				
	(〇で囲む) 1 普通 2 当座	口座名義人※上記、申請者と同じ	台 東 太 郎				
口座番号		0	0	0	0	0	0
※ 口座名義人は、上		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。		記入が必要となります。 状 )の助成金の受領について委任します。 台 東 花 子			

※ 配偶者の住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

【区処理欄】

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( )