



荒川区特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書兼請求書

荒 川 区 長 殿

荒川区特定不妊治療費（先進医療）助成を申請します。交付金額は、下記の口座に振り込んでください。
＊申請に当たり、荒川区長が私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧すること及び特定不妊治療費（先進医療）助成事業によ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ついて同意します。

申請兼請求日 年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ					生 年 月 日					
	申請者氏名					年 月 日					
	住 所	〒 _____ - _____									
	フリガナ					生 年 月 日					
	配偶者氏名					年 月 日					
	住 所 (申請者と異なる場合)	〒 _____ - _____									
	電 話 番 号										
申 請 額		円									
振込希望先	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	金融機関 コード／ 支店番号	金融機関コード				支店番号		
	口 座 種 別	01 普通 ・ 02 当座		口座番号（7桁・右詰めで記入）							
	口座名義（※）	(フリガナ) (漢字)									

振込先の口座名義人が、申請者兼請求者（妊産婦氏名）以外の場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委任状	
私は、上記の口座名義人に荒川区特定不妊治療費（先進医療）助成受領の権限を委任します。	
年 月 日	申請者兼請求者

事務処理欄

住民登録日： 年 月 日 窓 口 ／ 郵 送

転出年月日： 年 月 日

収受印
