

渋谷区不妊治療（一般不妊治療）医療費助成金申請書兼請求書

関係書類を添えて渋谷区不妊治療（一般不妊治療）医療費助成金を申請します。助成金は下記の口座に振り込んでください。口座名義人が私以外の場合は助成金の受領を口座名義人に委任します。なお申請にあたり区が、住民基本台帳情報等の閲覧、医療機関・薬局への証明内容の確認、他自治体への助成金交付状況の照会・提供を行うことに同意します。

【下記の①関係書類と②提出期限をご確認の上、太枠内を記入してください】

申請理由等 該当するものに ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 自己負担額が助成限度額の5万円に達した <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が終了した ⇒ (<input type="checkbox"/> 妊娠に至った <input type="checkbox"/> 生殖補助医療に進んだ) <input type="checkbox"/> 検査・治療開始日から1年が経過した <input type="checkbox"/> その他 ()					
	氏 名			生年月日・年齢		
申請者 ※自署してください	(フリガナ)			年月日(歳)		
配偶者 ※自署してください	(フリガナ)			年月日(歳)		
申請者住所	郵便番号(-) 渋谷区			電話()		
配偶者住所	郵便番号(-)			電話()		
検査・治療開始日の妻の年齢	40歳・41歳・42歳 ※40歳未満、43歳以上は制度の対象外です					
申請額	金	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 円
※添付した受診等証明書の「医療機関および薬局の証明欄」に記載の領収金額の合計額（上限5万円）						
年月日						
渋谷区長 殿						
振込口座	金融機関	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所		(預金種別) 普通・当座・貯蓄
		銀行コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 支店コード	<input type="text"/>
口座名義人	氏名				フリガナ	

①【関係書類】以下の書類を添付してください

必須	(1) 渋谷区不妊治療（一般不妊治療）医療費助成金受診等証明書（別記第2号様式） (2) 助成金振込口座の通帳等の写し（銀行名・支店名・支店コード・口座番号・名義人名の5項目すべて）
該当者のみ	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（全部事項証明） ※夫婦別世帯の方（1通）、事実婚の方（夫・妻、各1通） <input type="checkbox"/> 住民票の写し（本籍・続柄記載あり、マイナンバーの記載のないもの） ※渋谷区外の住所の方 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式） ※事実婚の方

②【申請期限】検査・治療開始日から1年以内です。

(申請受付日)

※治療期間が1年を超える場合は、1年を経過した日から3か月以内

区 処 理 欄	申請書類	申請者住民登録日	助成金額	円
	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 口座確認	年月日	決定年月日	年月日
	<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 申立書	口別世帯	通知年月日	年月日
	<input type="checkbox"/> 不足あり（ ）	口別世帯区外	支出年月日	年月日