

特定不妊治療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

また、東京都が特定不妊治療費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同意します。

記

(ふりがな)		生年月日	申請回数
氏名			
申請者	( )	年 月 日 ( 歳)	今年度 ( ) 回目 通算 ( ) 回目
配偶者	( )	年 月 日 ( 歳)	

事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。)

申請者住所	郵便番号 ( - )	電話 ( )
-------	------------	--------

配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	郵便番号 ( - )	電話 ( )
----------------------------------------	------------	--------

過去にこの助成金を受けたことがありますか(他自治体での助成を含みます)。	<input type="checkbox"/> はい	1. 東京都での助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒通算 ( ) 回 内男性不妊 ( ) 回 <input type="checkbox"/> なし
		2. 他の自治体での助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒通算 ( ) 回 内男性不妊 ( ) 回 ( ) 道府県 ( ) 市 <input type="checkbox"/> なし
		3. 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 ⇒誕生日又は死産日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> いいえ	

保険適用に向けた経過措置の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------	----------------------------------------------------------

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_  
(申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。)

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円 内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る申請額 金 \_\_\_\_\_ 円  
年 月 日

東京都知事 殿

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	店番号
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人(申請者)	( )
	口座番号			(左詰め記入)

申請受付日

決 定
年 月 日
承認 ・ 不承認

受給者番号
入 力

- (注)1 太枠の中を記入してください。  
2 以下の書類を添付してください。  
(1) 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)  
(2) 住民票の写し(コピー不可)  
(3) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類  
(4) 指定医療機関発行の領収書(受診等証明書(第2号様式)に記載された治療にかかるもの。コピー可)  
3 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成を同時に申請する場合は以下の書類も添付してください。  
(1) 精巣内精子生検採取法等受診等証明書(第2-2号様式)  
(2) 医療機関発行の領収書(受診等証明書(第2-2号様式)に記載された手術にかかるもの。コピー可)