

特定不妊治療費（先進医療）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（先進医療）の助成を申請します。  
また、東京都が特定不妊治療（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	郵便番号 ( - )	電話 ( )

※申請者と異なる場合のみ記入

過去にこの助成金を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	1. 東京都での本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒通算 ( ) 回 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> いいえ	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 ⇒誕生日又は死産日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ

( ↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓ )

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者 氏名 \_\_\_\_\_

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

※ 実施した先進医療にかかった費用に10分の7を乗じた金額（10円未満四捨五入）または15万円のうち、低い方の金額を記入してください。

東京都知事 殿

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

- 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（第2号様式）
- 住民票の写し（治療開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は、併せて戸籍の附票の写し）（コピー不可）
- 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（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）等（コピー不可））  
※ 同一年度内（4月から翌年3月まで）に再度申請する場合は、(2)及び(3)を省略することができます。  
※ 新たな年度（4月1日以降）に再度申請する場合は、住民票の続柄で「世帯主・夫（妻）」の記載を確認できる場合は、(3)を省略することができます。変更があった場合及び事実婚の場合は、省略することはできません。
- 申請期限は1回の治療の終了日が属する年度末（3月末）までです。ただし、1月から3月までに終了した治療分の申請については、6月30日までを提出期限とします。