

別記

第1号様式（第5条関係）

初年度／1回目の治療開始日

1 通算6回まで

(表)

時点の妻の年齢 歳

2 通算3回まで

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

Table with 3 columns: Name (ふりがな), Birth date (生年月日), and Previous year's income (前年*の所得額). Rows for Applicant (申請者) and Spouse (配偶者).

過去にこの助成金を他の自治体(道府県・指定都市・中核市)で受けたことがありますか
ない・ある → 過去()回受けた 道府県 市

今年度()回目 通算()年度目

Table for Applicant and Spouse addresses (申請者住所, 配偶者住所) including postal codes and phone numbers.

申請者 氏名 (印) 配偶者 氏名 (印)
(申請者及び配偶者が自署し、又は記名押印してください。)

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

Table for remittance details (振込先) including financial institution name, branch, and account number.

申請受付印 (Application Receipt Seal)

決定 (Decision) 年 月 日 承認・不承認 (Approval/Non-approval)

受給者番号 (Recipient Number) 入力 (Input)

- (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 (戸籍謄本等。コピー不可)
(4) 申請者及び配偶者の前年(申請日が1月から5月までの場合は前々年)の所得額を証明する書類 (住民税課税(非課税)証明書等。コピー可)
(5) 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3号様式)
(2) 医療機関発行の領収書(受診等証明書(第3号様式)に記載された手術にかかるもの。コピー可)