

令和 5 年 2 月 1 日

【重要】記入前にご確認をお願いします。

稲城市では、45歳未満（治療開始時の女性の年齢）の方の医療保険適用外となる不妊治療費を助成しております（回数制限なし）。

①医療保険適用治療と併用した【先進医療】

②不妊治療の医療保険が適用される年齢・回数制限を超えたことによる【自費診療】及び【先進医療】

ただし、「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合は対象となりませんので、予め医療機関にご確認のうえ、受診等証明書の記入をご依頼ください。

（自費診療時においても、医療保険適用範囲内の方法であることが必要です）

提出日を記入

（例）第6条第2項ま
の交付を申請します。

申請者欄	ふりがな	いなぎ はなこ	性別	男・女
	氏名	稲城 花子 印 (自署の場合押印省略可)	生年月日 (和暦)	552年8月25日 生 治療開始日時点で(44)歳
配偶者記入欄	ふりがな	いなぎ たろう	生年月日 (和暦)	559年2月2日 生 治療開始日時点で(38)歳
	氏名	稲城 太郎 印 (自署の場合押印省略可)	電話	090-2222-●★▲■
現住所	〒206-0804 東京都稲城市 百村112-1	※申請者と異なる場合のみ記入		
婚姻関係	☒ 法律婚 ☐ 事実婚 ● 本申請にかかる治療開始時に、婚姻関係を病院で ☒ 確認されている ☐ 確認されていない			
申請にかかる治療区分	☒ ①医療保険診療 + 先進医療 ☐ ②自費診療（医療保険内治療だが、医療保険適用の回数制限を超えたことによる自費） + 先進医療(*) のみ ☐ ③自費診療（医療保険内治療だが、医療保険適用の年齢制限を超えたことによる自費） + 先進医療(*) のみ (*)②③は、自費診療のみ（=先進医療の受診がない場合）でも申請可。			
交付申請額 (上限30,000円)	30,000 円	今回申請の一連の治療に際し、先進医療の不妊治療を ☒ 受けた ☐ 受けていない		
助成対象等 確認欄	☒ A. 治療開始日 令和4年4月1日までの期間、本人及び配偶者が、稲城市内に住民登録しています。 ☒ B. (先進医療) 及び (自費診療) の費用合計が、30,000円を超えている場合は30,000円と記入。します。 ☒ C. 令和4年4月1日以降に治療開始され、治療開始日時点の女性の年齢は、45歳未満です。 ☒ D. 今回の申請にかかる不妊治療にあたり、以下の(1)から(4)には、該当していません。 (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供 (2) 代理母 (3) 借り腹 (4) 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合（医療保険適用の有無は問わない） ☒ E. 「採卵」または凍結胚移植のための「胚の解凍」から、「妊娠の確認」等に至るまでの一連の治療を終えて申請しています。（注）「採卵」に至らない場合は、助成対象外となります。 ☒ F. 同治療の助成金交付状況について、他の地方公共団体への照会および情報提供に同意します。 ☒ G. 都道府県を除く地方公共団体から、本申請にかかる助成は一切受けません。 ☒ H. 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。 申請者が直筆で記入ください。 以上、上記A.～H.の内容について、全項目に☑が入ったことを確認しました。			
	(申請者署名欄) 稲城 花子			
添付書類	☒ (1) 稲城市特定不妊治療医療受診等証明書(先進医療不妊治療等医療費分)(様式第2-2号) または 東京都に提出した特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書の写し(医療保険適用時のみ提出可) ☒ (2) 医療保険を適用 ● 東京都交付の特定不妊治療費(先進医療)助成承認決定通知書の写し ☒ (3-1) 自費診療の初回申請に該当 ● 以下a. b. c. のいずれかに☑が必要 ☐ (3-2) 自費診療の2回目以降の申請で、前回申請時と婚姻関係に変更なし ● 添付不要 ☐ (3-3) 自費診療の2回目以降の申請で、前回申請時と婚姻関係に変更あり ● 以下a. b. c. のいずれかに☑が必要 ☐ a. 法律婚(同居かつ夫婦のいずれかが世帯主)…住民票 (注)上欄「助成対象等確認欄」B.が☑の場合は、不要 ☒ b. 法律婚(上記a.以外(市内別居、夫婦それぞれが世帯主等))…戸籍全部事項証明書(原本) ☐ c. 事実婚…夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書(原本)、および夫婦それぞれの署名がある申立書(※) (※)①2人が事実婚関係であること、②治療の結果出生した子について認知を行う意向であること、の記載がある任意の様式			

該当項目のみ☑