

【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）の方の生殖補助医療及び先進医療に係る不妊治療費を助成しております。

①医療保険適用の生殖補助医療と併用した【先進医療分】に対して（令和8年3月31日以前に治療開始）

②【医療保険適用の生殖補助医療分及び先進医療分】に対して（令和8年4月1日以降に治療開始）

③④不妊治療の医療保険が適用される回数超過（③）、年齢超過（④）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）

の規

申請者欄	氏名	稲城花子	印	生年月日 (和暦)	50年8月25日生 治療開始日時点で44歳
	現住所	〒206-0804 東京都稲城市 百村112-1 受診等証明書の「今回の治療期間」の開始日時点の年齢を記入。 ※女性の年齢が45歳未満の場合に申請ができます。			
配偶者記入欄	氏名	稲城太郎	印	生年月日 (和暦)	50年2月2日生 治療開始日時点で38歳
	現住所	〒206-0802 東京都稲城市 東長沼2111	※申請者と異なる場合のみ記入 電話 090-2222-●★▲■		
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				
申請にかかる対象区分	☐ ①【治療開始日が令和8年3月31日以前】 医療保険診療の生殖補助医療と併用した先進医療（先進医療分のみ助成対象） ☒ ②【治療開始日が令和8年4月1日以降】 医療保険診療の生殖補助医療 または 医療保険診療の生殖補助医療と併用した先進医療 ☐ ③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 ☐ ④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 ①及び②を申請される方 東京都の不妊治療費助成決定通知を受け取りましたか ☐ はい ☐ いいえ（先に東京都へ申請をお願いします。）				
②の申請者のみ下記のⅠ～Ⅲにご記入ください。					
Ⅰ. 健康保険の 限度額適用区分	受診	高額療養費を受けた場合は記入ください。			ア・イ・ウ・エ・オ
	受診				ア・イ・ウ・エ・オ
Ⅱ. 高額療養費	有・無	金	70,000	円	
Ⅲ. 付加(附加) 給付金	有・無	金		円	
交付申請額 (1回の治療につき、上限30,000円)	30,000	円	1回の治療につき、生殖補助上限額のうち、低い方の金額をご記入ください。 付加給付金がある場合は記入ください。		
助成対象等 確認欄	☒ A. 治療開始日から治療までの期間、本人及び配偶者が、稲城市内に住民登録しています。 ☒ B. 審査にあたり自己負担額が、30,000円を超えている場合は30,000円と記入。 ☐ C. 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。 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 ※裏面の添付書類もご確認ください。				

添付書類

- ☒ (1) 【**①**及び**②**の申請者】東京都に提出した不妊治療費助成事業受診等証明書の写し及び承認決定通知書
- ☐ (2) 【**③**及び**④**の申請者】稲城市不妊治療費受診証明書(様式第2号)
- ☒ (3-1) 初回申請に該当 ⇒ 以下a. b. c. のいずれかに☑
- ☐ (3-2) 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) 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☑
 - ☒ a. 法律婚（同居かつ夫婦のいずれかが世帯主）…住民票
 ※表面「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
- ☒ (4-1) 【**②**の申請者のみ】健康保険の資格情報が確認できる書類（夫婦双方）
 （マイナポータル上の資格情報画面のスクリーンショット、資格確認書等）
- ☒ (4-2) 【**②**の申請者のみ】限度額適用認定証区分が確認できる書類（夫婦双方）
 （マイナポータル上の資格情報画面における区分情報のスクリーンショット、資格確認書、限度額適用認定証等）
- ☒ (4-3) 【**②**の申請者のみ】高額療養費及び付加(附加)給付金の給付がある場合は支給額が分かる書類等

該当項目のみ☑