

【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¹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

（注）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 <small>（自署の場合押印省略可）</small>	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 <small>（自署の場合押印省略可）</small>	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	<input checked="" type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請にかかる治療開始時に、婚姻関係を病院で <input checked="" type="checkbox"/> 確認されている <input type="checkbox"/> 確認されていない			
申請にかかる治療区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①医療保険診療 + 先進医療 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
助成対象等 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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、該当しておりません。 (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） <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <small>（申請者署名欄）</small> 稲城 花子			
添付書類 該当項目のみ☑	<input checked="" type="checkbox"/> (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） <input checked="" type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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			