

稲城市特定不妊治療医療費助成金交付申請書
（先進医療不妊治療等医療費分）

稲城市長 殿

稲城市特定不妊治療医療費助成金交付要綱（平成27年4月1日市長決裁）第6条第2項または第12条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

申請者欄	ふりがな		性別	男・女
	氏名	印 (自署の場合押印省略可)	生年月日 (和暦)	年 月 日 生 治療開始日時点で () 歳
	現住所	〒206- 東京都稲城市	電話	
配偶者記入欄	ふりがな		性別	男・女
	氏名	印 (自署の場合押印省略可)	生年月日 (和暦)	年 月 日 生 治療開始日時点で () 歳
	現住所	〒206- 東京都稲城市 ※申請者と異なる場合のみ記入	電話	
婚姻関係	<input 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 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 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)	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 type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
助成対象等確認欄	<input type="checkbox"/> A. 治療開始日から助成金申請日までの期間、本人及び配偶者が、稲城市内に住民登録しています。 <input type="checkbox"/> B. 審査にあたり、住民基本台帳を閲覧することに同意し、住民票の添付を省略します。 <input 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 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 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 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 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 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。 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。 <div style="text-align: right;">(申請者署名欄)</div>			
添付書類	<input 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 type="checkbox"/> (2) 医療保険を適用 <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> (3-1) 自費診療の初回申請に該当 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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			