杉並区特定不妊治療費(先進医療)助成申請額算出シート

以下の表に、必要項目を記入して、算出してください。

治療費（先進医療分）	A 円	都助成金額	B 円	C 円
	【書類1】「特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書」（都提出）の領収金額(先進医療分)		【書類2】「特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書」（都交付）の助成金額	A － B

特定不妊治療費（先進医療）	上記「C」の金額の2分の1を「D」欄にご記入ください ※10円未満四捨五入	D 円

「D」欄の金額か、3万5千円のどちらか少ない方の金額を、下記の「申請額」欄にご記入ください。

申請額	円

【書類1】 東京都へ提出したもの

第2号様式（第5関係）

特定不妊治療費（先進医療）事業受診等証明書

年　月　日

東京都知事　殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名　印

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、保険診療として特定不妊治療（先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

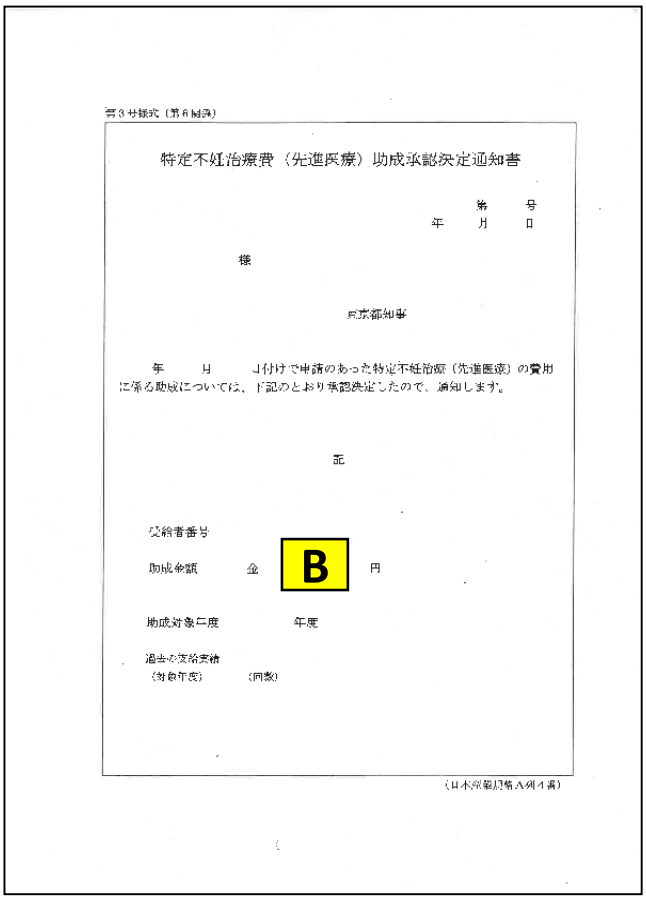
主治医記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
今回の治療期間（保険診療）	年　月　日 ～　年　月　日	
保険診療の回数	今回は＿＿回目の治療です。	
治療費（徴収金額）	今回の特定不妊治療にかかった費用＿＿＿＿円（保険診療及び先進医療の合計額） うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用＿＿＿＿円	
実施した治療・技術 ※① 先進医療として告示された治療・技術であること。 ※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※③ TRIO検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 【※】(1)から(10)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(11)に記入してください。 (1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)　実施日：　月　日 (2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養　実施開始日：　月　日 (3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)　実施日：　月　日 (4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)　実施日：　月　日 (5) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)　実施日：　月　日 (6) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)　実施日：　月　日 (7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)　実施日：　月　日 (8) ☐ 二段階胚移植法　実施日：　月　日 (9) ☐ 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)　実施日：　月　日 (10) ☐ タクロリムス投与療法　実施開始日：　月　日 (11) ☐ [　　]　実施日：　月　日	

受給者番号（東京都が記載）

（日本産業規格A列4番）

【書類2】 東京都から交付をうけたもの



第3号様式（第6関係）

特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書

第　号
年　月　日

様

東京都知事

年　月　日付けで申請のあった特定不妊治療（先進医療）の費用に係る助成については、下記のとおり承認決定したので、通知します。

記

受給者番号

助成金額　金　B　円

助成対象年度　年度

過去の交付実績
（対象年度）　（回数）

（日本産業規格A列4番）