

杉並区特定不妊治療費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。

医療費	A	B	C
	円	円 ※	円
	【書類1】「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」(都提出)の領収金額	内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る領収金額	A - B

都助成金額	D	E	F
	円	円 ※	円
	【書類2】「特定不妊治療費助成承認決定通知書」(都交付)の助成金額	内、精子を精巣等から採取するための手術分に係る助成金額	D - E

※男性不妊治療に要した医療費の助成を受けようとする場合のみ記入

特定不妊治療	上記「C - F」の金額と、5万円(治療ステージA,B,D,E)又は、2万5千円(治療ステージC,F)のどちらか少ない金額	G	円
男性不妊治療	上記「B - E」の金額と、5万円のどちらか少ない金額	H	円

以下の金額を、申請書の「申請額」欄にご記入ください。

申請額		円		円
	G + H		H	

【書類1】 東京都へ提出したもの

【書類2】 東京都から交付をうけたもの

第2号様式 (第5条関係)

受給者番号(東京都が記載)			
特定不妊治療費助成事業受診等証明書			
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、特定不妊治療を実施し、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。			
年 月 日			
医療機関の名称及び所在地			
主治医氏名 (印)			
医療機関記入欄(主治医が記入すること。)			
(ふりがな)	()	()	()
受診者氏名	対象者	配偶者	
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	A B C D E F	男性治療のみ(※)	A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する記号又は内容(注1参照)に○を付けてください。 該当する番号に○を付けてください。
今回の治療期間	年 月 日～年 月 日(妊娠継続又は治療を中止した日) (胚移植を実施した日) 年 月 日		
個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号※	無	
領収金額※	【今回の特定不妊治療にかかった金額(保険適用外)に限る。】 (領収書の期間) 年 月 日 A 年 月 日 領収金額 円		
精子を精巣等から採取するための手術 精巣内精子生検採取法等受診等証明書(第3号様式)がある場合は、それに記載されている領収金額を含めた額を、上記の領収金額の欄に記入して下さい。	実施医療機関名	※第3号様式の領収金額を転記してください。	領収金額 B 円

(※) 大病院医療情報ネットワーク

第7号様式

特定不妊治療費助成承認決定通知書	
●福保子家不第●号 令和●年●月●日	
●●● 様	
東京都知事 ●●●●	
令和●年●月●日付けで申請のあった東京都特定不妊治療に係る医療費の助成に関する規則第4条第1項及び第4条の2第1項の規定による特定不妊治療費の助成については、下記のとおり承認決定したので、通知します。	
受給者番号	●●●
助成金額	金 D 円
	(内、精子を精巣等から採取するための手術分 金 E 円)
助成対象年度	令和●●年度 ●回
過去の支給実績	(対象年度) (回数) (対象年度)
令和●年度	(●回)