

# 東京都 先進医療 専用

## 助成金書類 記入依頼用紙

※お手数ですが、助成金申請1部につき1枚(①～⑤)ご記入ください。

①ご提出日	西暦 年 月 日	②妻診察券番号	
-------	----------	---------	--

③ ふりがな		③ ふりがな	
③ 妻氏名		③ 夫氏名	
③ 妻生年月日	西暦 年 月 日	③ 夫生年月日	西暦 年 月 日

※証明書に記載を希望する字体でご記入ください。(例：齋・恵・澤 等)

④ 【申請期限】	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
----------	----------	----------	----------

※申請期限が近い場合、期限までに作成が間に合わない可能性もございますので、あらかじめ自治体へご確認をお願いいたします。

⑤ 申請を希望する内容に☑を入れ、施術日をご記入ください。

☑ (採卵周期の申請が複数ある場合は、全ての施術日をご記入ください)

医院側  
記入欄

<input type="checkbox"/>	採卵	西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	胚移植	西暦 年 月 日	

☑ 【先進医療】 (上記記載の採卵に対する先進医療をご記入ください)

医院側  
記入欄

<input type="checkbox"/>	タイムラプス撮像法	採卵日 西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	IMSI	採卵日 西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	その他	実施した治療名： 西暦 年 月 日	

◆確認事項 (当院へ提出される前に不備がないかご確認いただき、各項目に☑を入れて下さい)

①～⑤の項目に記入漏れがない

⑤の記入した申請希望の施術日に誤りがない

特定不妊治療費 (先進医療) 事業受診等証明書 (原本)

お届け先のご住所・宛名・お電話番号を記入したラベル

※助成金コーナーにご用意しております

申請額が助成額の上限に達していないが申請に同意する (該当する方のみ)

医院側記入欄

◎ご記入ありがとうございました。

・揃えていただいた書類は、4階総合受付にお預けいただくか、郵送にて当院の「助成金係」宛にお送りください。

・助成内容等の不明点・ご質問は、事前に自治体にお問い合わせください。

・通常2週間ほどでご自宅へ返送いたしておりますが、書類に不備があった場合や、年度末は、通常よりお時間をいただく場合がございますので、お早めに申請をお願いいたします。

医院記入欄

受領者印		合計	通
------	--	----	---