

# 葛飾区特定不妊治療費助成事業のご案内

(R03年7月版)

特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）の費用の一部を区が助成し、ご家庭の経済的負担を軽減します。

【申請期限】 東京都の特定不妊治療費助成の決定を受けた日から起算して1年を経過する日までの間

## 【対象となる方の要件】

1. 都の特定不妊治療費助成事業を利用し、決定を受けていること
2. 申請日に葛飾区内に住所（住民登録）があること
  - ・ご夫婦または事実婚の方で住所が異なる場合は、どちらか一方が葛飾区内に住民登録があること
  - ・事実婚の方で両者とも葛飾区内の同一の住所に世帯がある場合は、住民票に「未届妻」「未届夫」等の記載があること（「同居人」では認められませんのでご注意ください）
3. 他の市区町村から同じ申請内容で助成を受けていないこと

【助成内容】 東京都特定不妊治療受診等証明書の領収金額から都の助成金を除いた費用に対して助成します。

- 特定不妊治療を受けた場合 → 1年度あたり 150,000円 まで
  - 男性不妊治療をあわせて受けた場合 → 1年度あたり 200,000円 まで
- ※年度は東京都の承認決定通知に記載された「助成対象年度」に準じます。

【申請方法】 以下の書類を窓口へ持参か郵送してください。ご不明な点はお問い合わせください。

書類の名称	ご夫婦		事実婚	
	区内同世帯	別居	区内同世帯	別居
1. 葛飾区特定不妊治療費助成申請書兼請求書 都の決定を複数回受けている場合は、助成対象年度が同じであれば申請書は1枚で合算して申請できます。	○	○	○	○
2-1. 都に提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書のコピー ★	○	○	○	○
2-2. 都に提出した精巣内精子生検採取法等受診等証明書のコピー ★	△	△	△	△
3. 東京都特定不妊治療費助成承認決定通知書（原本） 必ず原本を添付してください。審査終了後にお返します。2-1の受診等証明書に基づき決定した通知書を添付してください。	○	○	○	○
4. 戸籍謄本の写し（発行から3か月以内） 住民票に夫・妻の記載があれば提出は不要です。	△	○	○	○
（その他）都に提出した申立書のコピー ★	×	×	×	○

○：必要 ×：不要 △：場合により必要

★の書類は都へ申請される前にコピーを必ずお取りください。お手元がない場合は都に郵送請求が必要です。

## 【申請窓口】

窓口で申請する方は、必ず印鑑をお持ちください。

- 子ども総合センター（青戸）
- 各保健センター（金町・水元・新小岩）
- 堀切または高砂区民事務所

## 【郵送での申請や問い合わせ】

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14  
子ども総合センター内 子ども家庭支援課  
母子保健係 医療費助成担当  
☎03(3602)1387

## <必ずお読みください>

### 助成要件確認のための個人情報の収集について

当助成の要件確認のため、個人情報保護管理責任者である子ども家庭支援課長が、以下の情報を収集します。

- ① 申請者及び配偶者の住民基本台帳の情報（住所・氏名・性別・生年月日・続柄・転入前住所・転入日）  
（収集元：戸籍住民課長）
- ② （東京都の承認決定通知日から1年以内に、葛飾区に転入してきた方のみ）転入前自治体での特定不妊治療費助成事業による助成金の受給状況（収集元：転入前自治体の担当部署）
- ③ （ご夫婦で住所が異なる方のみ）葛飾区外に住所を有する方の居住自治体での特定不妊治療費助成事業による助成金の受給状況（収集元：ご夫婦のうち葛飾区外に住所を有する方の居住自治体の担当部署）

以上の収集に同意いただけない場合は、当助成を受けることはできません。

葛飾区特定不妊治療費助成申請書兼請求書



**記入例**

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請し、請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

申請者は東京都事業の承認を受けた方です

記

捨印です。申請印と同じ印鑑で押してください。

(フリガナ)			年	月	日	( 歳)
申請者			年	月	日	( 歳)
(フリガナ)			年	月	日	( 歳)
配偶者			年	月	日	( 歳)
住所(※1)	郵便番号 東京都葛飾区	丁目	電話	( )		
住所(※2)	郵便番号			( )		
申請者 氏名	_____		配偶者 氏名	_____		
申請額	金	_____	円			

スタンプ印は不可です。はっきり印影がわかるよう押してください。

申請額は数字で記入してください。  
受診等証明書に記載の領収金額から都事業助成金を差し引いた額に対して、1年度あたり150,000円（または200,000円）を上限に助成します。計算方法など、詳しくは区ホームページ掲載の「特定不妊助成事業に関するよくあるご質問」をお読みください。

葛飾区長 殿

本店	金融機関			
支店	コード			
出張所	店番号			

※上記、申請者と同一				
口座番号				(左詰め記入)

添付した東京都の決定通知書に基づき他の区市町村の助成金（1 ない ・ 2 ある 区市町村）を併せて申請するかどうか。  
申請者と同一名義の口座をご指定ください

- (注) 1 ※1には、申請者の住所を記入してください。  
2 ※2には、配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。  
3 事業のご案内に記載の添付書類の他に、書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

窓口受付印	主管課受付印

婚姻状況	既 ・ 未 (添付有・無)
住民登録日	. .
医療機関領収額	円
都助成額	円
区助成対象額	円
区支給上限額(千円)	150 ・ 200
支給決定額	円

葛飾区特定不妊治療費助成申請書兼請求書



関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請し、請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

記

氏 名		生 年 月 日			
(フリガナ)					
申請者		年	月	日	( 歳)
(フリガナ)					
配偶者		年	月	日	( 歳)
住所(※1)	郵便番号 東京都葛飾区	丁目	番	号	電話 ( )
住所(※2)	郵便番号	電話 ( )			
申請者 氏 名	_____			配偶者 氏 名	_____
申請額 金 _____ 円					
年 月 日					葛飾区長 殿
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店 出張所	金融機関 コード
	種 別 (○で囲む)	1・普通 2・当 座	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同一	店番号	
	口座番号				(左詰め記入)
添付した東京都の決定通知書に基づき他の区市町村の助成金を受けたことがありますか。 ( 1 ない ・ 2 ある 区市町村名 _____ 今年度 _____ 回目)					

- (注) 1 ※1には、申請者の住所を記入してください。  
 2 ※2には、配偶者の住所が異なる場合にのみ記入してください。住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。  
 3 事業のご案内に記載の添付書類の他に、書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

窓口受付印	主管課受付印	婚姻状況	既 ・ 未 (添付有・無)
		住民登録日	. .
		医療機関領収額	円
		都助成額	円
		区助成対象額	円
		区支給上限額(千円)	150 ・ 200
		支給決定額	円