

## 葛飾区特定不妊治療費（先進医療）助成事業のご案内

保険適用された特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）とともに実施された先進医療の医療費の一部を区が助成し、ご家庭の経済的負担を軽減します。

## 対象者 次の要件を全て満たす方

- (1) 東京都特定不妊治療費（先進医療）助成事業を利用し、承認決定を受けていること
- (2) 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
- (3) 治療開始日から申請日まで婚姻関係（事実婚含む）があり、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）

## 助成内容

保険適用された特定不妊治療とともに自費で実施した先進医療に係る医療費から都の助成額を除いた額に対して、1回の治療につき5万円を上限に助成します。

## 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（先進医療）助成申請書兼請求書 都の決定を複数回受けている場合、申請書は2の都決定通知書の枚数分 ご用意ください。（申請書1枚で合算して申請できません。）	○	○	○	○
2. 東京都特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書のコピー 3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。	○	○	○	○
3. 東京都に提出した特定不妊治療費（先進医療）事業受診等証明書のコピー ★	○	○	○	○
4. 振込先口座番号などが確認できるもの 郵送の場合のみ、コピーをとって送付ください。	○	○	○	○
5. 戸籍全部事項証明書（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

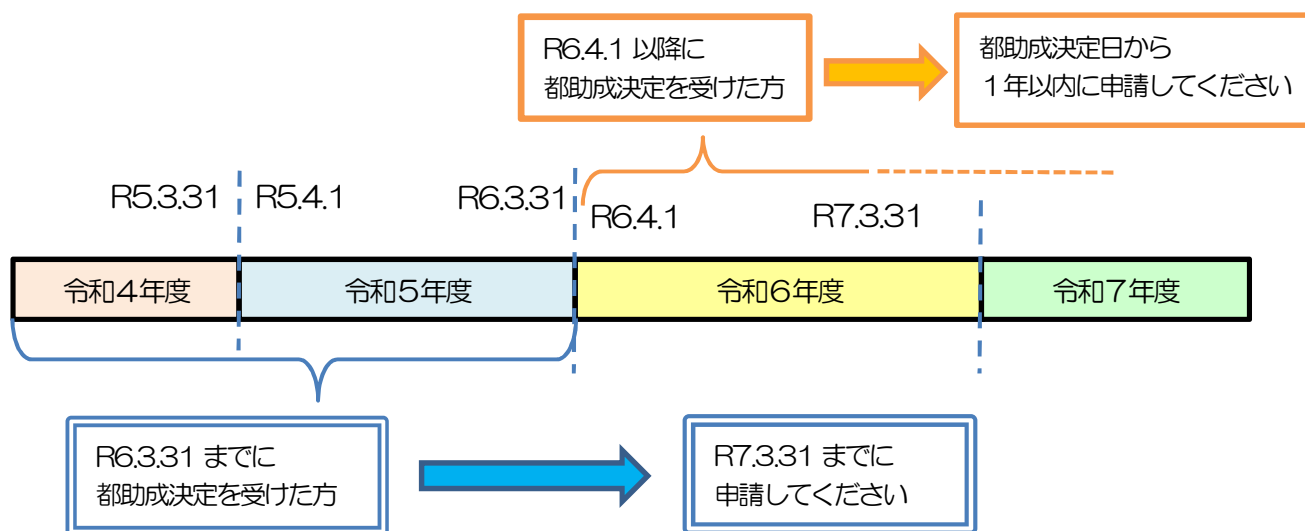
★の書類は都へ申請される前にコピーを必ずお取りください。お手元がない場合は東京都へご相談ください。

### 申請期限

東京都の助成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

ただし、令和6年3月31日までに都の助成決定を受けている場合は、令和7年3月31日までに申請期限とします。

※郵送での申請の場合、子ども家庭支援課に到着した日を申請日として取り扱います。



### 申請窓口

- ・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）
- ・堀切区民事務所、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利用及び収集について

収集した個人情報は法令に定める場合を除き、当事業の実施（助成の決定、支給等）のために利用します。また、当助成の要件確認のため、葛飾区は、以下の情報を利用及び収集します。

- 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）
- ② （東京都の承認決定通知日以降に、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（先進医療）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（先進医療）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）

以上の利用及び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(先進医療)助成申請書兼請求書

記入例

消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用しないでください。

事業による助成金の交付状況について他脱字などの軽微な訂正については、区職

訂正する場合、二重線を引き、訂正してください(押印不要)。ただし、申請者氏名、申請額の訂正がある場合、新しい申請書に書き直してください。

氏名	生年月日
(フリガナ) カツシカ ハナコ	平成元年 1月 11日 ( <del>36</del> 35歳)
申請者 葛飾 花子	

申請者は都事業の助成決定を受けた方

配偶者	(フリガナ) カツシカ タロウ
葛飾 太郎	

記入例別紙とあわせてご確認ください。  
 申請額は算用数字で記入。1回の治療につき5万円が上限です。  
 ①受診等証明書記載の先進医療としてかかった費用から②都決定通知書記載の助成金額を差し引いた額を記入します。ただし、差し引いた額が5万円を超える場合は50,000円と記入します。  
 (例) ①90,000円(先進医療としてかかった費用) - ②63,000円(都助成金額) = 27,000円(区への申請額)

申請者住所	〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14
-------	---------------------------

配偶者(※1)	申請者本人が署名(押印不要)
---------	----------------

申請者氏名 (自筆署名) 葛飾 花子

申請額 金 27,000 円

令和6年 4月 1日 申請日を記入

葛飾区長 殿

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 葛飾 信用組合・農協	本店 青戸 支店	金融機関コード	0000
	種別 (○で囲む)	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同じ	出張所	店番号	000
	口座番号	カツシカ ハナコ 葛飾 花子			

- (注) 1 ※1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。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は、申請者と同一名義の口座を記入してください。  
 2 事業のご案内に記載の添付書類の他に、書類審査の結果、不

申請者と同一名義の口座を記入

【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	申請者
	配偶者
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	50,000 円
支給決定額	円

【都に提出した受診等証明書 表面(見本)】

第2号様式(第5関係)

記入例 別紙1-1

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	カツシカ タロウ	カツシカ ハナコ
受診者氏名	葛師 太郎	葛師 花子
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 (領収金額)	今回の特定不妊治療にかかった費用 <u>120,000</u> 円(保険診療及び先進医療の合計額) ① 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 <u>90,000</u> 円	
実施した治療・技術	<p>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。 【注】(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。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法) 実施日: 月 日</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 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</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 実施日: 月 日</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 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</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak) 実施日: 月 日</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE) 実施日: 月 日</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) 実施日: 月 日</p> <p>(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 実施日: 月 日</p> <p>(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ) 実施日: 月 日</p> <p>(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 実施開始日: 月 日</p> <p>(11) <input type="checkbox"/> [ ] 実施日: 月 日</p>	

受給者番号(東京都が記載)

(日本産業規格A列4番)

【都に提出した受診等証明書 裏面(見本)】

記入例 別紙1-2

医療機関証明欄

下記項目を確認し、☑をしてください。当てはまらない場合は、助成対象外となります。

- 当医療機関は、不妊治療にかかる先進医療を実施する保険医療機関として、厚生局に登録されています。
- 下記「先進医療分」に記載した金額は、厚生労働省より告示されている治療・技術のみです。
- 今回実施した先進医療は、保険適用された特定不妊治療に含んで実施したものです。

患者氏名	夫(氏名 <b>葛師 太郎</b> )	
	妻(氏名 <b>葛師 花子</b> )	
領収金額		
表面(1)から(11)までの治療について、記入してください。		
診療月	領収金額(保険診療分含む)	左記のうち、 <b>先進医療分</b>
	〇年〇月分	〇〇,〇〇〇 円
〇年〇月分	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円
〇年〇月分	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	<b>120,000</b> 円	<b>90,000</b> 円 ①

↑上記金額が、助成対象です。

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

管理者氏名

電話番号

印

医療機関コード

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

担当者氏名

特定不妊治療費(先進医療)助成承認決定通知書

第 号  
令和 年 月 日

葛飾 花子 様

東京都知事

.....  
.....

記

受給者番号

助成金額 金 63,000 円

②

助成対象年度 年度

過去の支給実績  
(対象年度) (回数)

葛飾区特定不妊治療費(先進医療)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(先進医療)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。

申請に当たり、葛飾区長が私及び配偶者の住民記録台帳を閲覧すること、特定不妊治療費(先進医療)助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会すること、また、本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区職員が行うことに同意します。

記

氏名		生年月日	
(フリガナ)		年	月 日 ( 歳)
申請者			
(フリガナ)		年	月 日 ( 歳)
配偶者			
申請者住所	〒	電話	( )
配偶者住所 (※1)	〒	電話	( )
申請者氏名 (自筆署名) _____			
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
	種別 (○で囲む)	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同一	金融機関コード
	1・普通 2・当座		店番号
	口座番号		(左詰め記入)

- (注) 1 ※1には、配偶者の住所が異なる場合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。  
 2 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	申請者 配偶者
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	50,000 円
支給決定額	円