

自治体助成金(一般不妊検査) 記入依頼書

申込日 令和 年 月

	氏名	診察券No.	生年月日	連絡先
妻				
夫				

◆申請先(該当する項目にチェックし、申請先をご記入下さい)

- 助成金 ()
 その他 ()

◆確認事項(当院へ記入依頼される前に不備が無いかチェックのうえご確認下さい)

- 各自治体発行の医療機関記入用紙
 申請を希望される治療期間の請求書兼領収書、または明細書(コピー可)
(検査開始日～申請する治療日まで)

◆記入内容(該当する先進医療の□に○を付けて実施機関の記入をお願いいたします)

■ 一般不妊治療

- 令和7年度 令和6年度
 上記以外の治療期間 ()

◆注意事項

- ・ 証明書代 1枚4400円
- ・ 書類の作成には3週間ほどお時間をいただいております。
- ・ 申込日までの診療について記入いたします
- ・ 記入方法は各自治体にお問合せ下さい。
 ※助成対象：東京都の場合 40歳未満 年1回のみ
- ・ 提出先の自治体の助成金上限額を越えているかの確認はご自身でお願いいたします。
- ・ 記入後、上限金額を越えていなくても追記はしていません。

◆書類の返却方法について

申込日より3週経過後、次の診察日にお渡しいたします。

※書類が出来上がった旨の連絡はいたしません。