【申請及び請求額の算出方法シート】

下記の表に、必要項目を記入して、算出してください。

㋐ 東京都に提出した下記証明書の「領収金額」	円	㋑ うち、精子を精巣等から採取するための手術分に係る領収額	円	㋓ ㋐－㋑	円
㋒ 東京都から送付される下記通知書の「都助成金額」	円	㋔ うち、精子を精巣等から採取するための手術分に係る決定額	円	㋕ ㋒－㋔	円
特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）	㋓－㋕の額と、５万円（治療ステージ ABDE）又は、２万５千円（治療ステージ CF）のどちらか少ない額			㋖	円
男性不妊治療	㋑－㋔の額と、５万円のどちらか少ない額			㋗	円
㋖ ＋ ㋗	申請及び請求額				円

この金額を、申請書の「申請及び請求額」の欄に記入します。

【東京都に提出したもの】

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　㊞

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（★） 該当する記号又は内容（注1参照）に○を付けてください。		A又はBの場合 1　体外受精　2　顕微授精 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（妊娠確認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※ ※公益社団法人日本産科婦人科学会UMIN（※）システム上の個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。		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～　日 領収金額　㋐　円 **※「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。**			
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）がある場合のみ記入	実施医療機関名	※第３号様式の領収金額を記入してください。 領収金額　㋑　円		

【東京都より送られてきたもの】

特定不妊治療費助成承認決定通知書

○○　○○様

東京都知事

受給者番号

助成金額　金　㋒　円

（内、精子を精巣等から採取するための手術分　金　㋔　円）