

# 東京都不育症検査助成事業の御案内

(令和5年3月版)

## 1 事業の概要

- 東京都では、妊娠はするものの、2回以上の流産等を繰り返し、子供を持ってないとされるいわゆる不育症について、検査によりリスク因子を特定し、適切な治療及び出産につなげることができるよう、不育症検査に係る費用の一部を助成します。
- 本冊子では、助成の内容や要件、申請に必要な手続を御案内しております。  
また、申請書等の様式も添付しておりますので、申請の際に御活用ください。

## 2 助成対象範囲

- 保険医療機関にて行った不育症検査（下記項目のみ）に要した費用

検査項目	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 子宮形態検査</li><li>○ 内分泌検査</li><li>○ 夫婦染色体検査</li><li>○ 抗リン脂質抗体</li><li>○ 血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）</li><li>○ 絨毛染色体検査</li><li>○ 先進医療として告示された不育症検査（☆）</li></ul>
------	--

※ 上記項目以外の検査及び不育症の治療に関する費用は対象外です。

また、不妊検査並びに一般不妊治療のための費用及び特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）のための検査費用並びに第三者を介する検査や治療は対象外です。

※ 文書料や出産に係る費用など、不育症検査に直接関係のない費用については対象外です。

※ 保険医療機関とは、保険診療を行う病院・診療所です。

☆ 先進医療の指定は国の先進医療会議にて、順次認められていく仕組みです。

## 3 助成内容

- 不育症検査に要した費用について、**5万円を上限**として助成します。

※ **助成回数は検査開始日における妻の年齢が43歳未満である夫婦1組につき、1回**に限ります。（注意）次頁「7 先進医療の取扱いについて」をご確認ください。

## 4 対象要件

- 次の1から3までの全ての要件を満たすことが必要です。

	要件	備考
1	法律婚の方 検査開始日から申請日までの間、法律婚の関係であり、かつ、夫婦いずれかが継続して都内に住民登録をしていること。	夫婦いずれかが都外在住の場合、申請者は都内在住の方としてください。
	事実婚の方 ①原則、検査開始日から申請日までの間、夫婦が継続して都内に「同一世帯」として住民登録をしていること。 ②住民票の続柄に「未届」又はこれに準ずる記載がされていること（例：夫（未届）、妻（未届）等）。 ③検査開始日から申請日までの間、他に法律上の配偶者がいないこと。	①から③までの要件を全て満たす方が対象です。 住民票の続柄にて事実婚の確認ができない場合は、申立書（任意様式にて作成）を提出してください。
2	助成対象期間内に保険医療機関において助成対象の検査を受けていること。	夫の検査の有無は問いません。
3	2回以上の流産若しくは死産の既往があること 又は 医師に不育症と判断されたこと。	医療機関の証明が必要です。 （不育症検査事業受診等証明書による）

※ 事実婚の申立書（記入例）はホームページ（URLは3ページに記載）に掲載しています。ご確認ください。

## 5 助成対象期間

- 平成31年4月1日以降に開始した検査が対象です。
- **検査開始日から1年間にかかった費用を助成します。**  
(夫婦で検査をされた場合は、それぞれの検査開始日のいずれか早い日から起算します。)  
ただし、夫の検査の有無は必須要件とはなりません。(妻のみの検査で申請可能です。)

## 6 申請期限

- **検査終了日から6か月以内です。いかなる理由でも、申請期限を過ぎたものは受け付けません。**  
【例】令和5年1月11日に検査が終了した場合は、令和5年7月10日までに申請してください。(当日の消印までが有効です。)

## 7 先進医療の取扱いについて (注意)

- 令和4年12月1日以降に実施した「先進医療として告示された不育症検査」に限り、下記の助成要件が適用されます。
  - ・検査開始日における妻の年齢は問いません。(通常は43歳未満。)
  - ・助成回数に制限はありません。(通常は1回のみ。)
  - ・助成金額が検査費用の7割(千円未満切り捨て、上限6万円)となります。
- 実施できる医療機関に限られます。厚生労働省のホームページで確認できます。  
(令和5年2月1日時点で、全国で8か所の医療機関のみが対象です。毎月更新される仕組みとなります。必ずご自身でホームページをご確認ください。)

### 【注】国からの通知により、令和4年12月1日より、対象となる検査が新たに指定されました。

対象：「流死産検体を用いた遺伝子検査(次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査)」

『この事業における流産(いわゆる不育症)とは』

反復流産 及び 習慣流産 のことを指しています。

生化学的妊娠(化学流産)、着床不全 は含みません。

この考え方は、厚生労働省『反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)の相談対応マニュアル』、産婦人科診療ガイドライン産科編2017(日本産科婦人科学会発行)などを参考にしています。

### 「振込先口座」に関する注意点

- ① 振込先口座は、申請者名義の口座を指定してください。
- ② ゆうちょ銀行の口座を振込先に指定する場合は、振込専用の店名・預金種目・口座番号が必要です。
- ③ インターネットバンクなど、東京都の公金取扱金融機関(※)ではない金融機関の指定はできません。

※東京都の公金取扱金融機関は、東京都会計管理局ホームページ「東京都公金を納付できる金融機関一覧」を御参照ください

(<https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/koukinshuunou.htm>)。

### その他の留意点

- ① 申請書添付書類の発行等に係る手数料及び切手代等郵送に係る費用は、申請者の負担となります。
- ② 申請書類に不備や不足があった場合は、確認のため東京都から連絡をすることがあります。
- ③ 助成の可否判断に当たり、検査内容等について医療機関に問合せをすることがあります。
- ④ 他の自治体で助成を受けていた場合、本事業の助成対象とならないことがあります。

## 8 必要書類

- 申請には、次の1から4までの書類の提出が必要です。  
提出の前に、**11ページのチェックシートを御確認ください。**
- 八王子市にお住まいの方は、八王子市へ申請してください。

	必要書類	備考
1	<b>不育症検査医療費助成申請書</b> (原本を提出/コピー不可) (7ページ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請者・配偶者が記入してください。</li> <li>・事故防止のため、口座番号等が記載された通帳のコピー添付に御協力ください。</li> </ul>
2	<b>不育症検査助成事業受診等証明書</b> (原本を提出/コピー不可) (9ページ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関が記入します。 (夫婦が別の医療機関で検査を受けた場合には、夫婦それぞれの証明書が必要です。)</li> <li>・本人控としてコピーを取ってください。</li> </ul>
3	<b>住民票の写し</b> ※検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は、検査開始日の住所が記載された戸籍の附票の写しも併せて御提出ください。 (原本を提出/コピー不可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫婦それぞれの住所、性別、続柄、生年月日等を確認するための書類です。</li> <li>・<u>個人番号(マイナンバー)の記載は不要です。</u></li> <li>・申請日から3か月以内に発行されたものに限りです。</li> </ul>
4	<b>戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)</b> (原本を提出/コピー不可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・婚姻関係、婚姻日等を確認するための書類です。</li> <li>・申請日から3か月以内に発行されたものに限りです。</li> </ul>

※1及び2は東京都福祉保健局ホームページからダウンロードすることができます。

また、ホームページには最新の情報を掲載しておりますので、ぜひご確認ください。

(<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/fuikushoukensa/index.html>)



## 9 申請方法

- 下記宛に**郵送**で申請してください。

送付先住所 | 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎28階  
 担当部署 | 東京都福祉保健局 少子社会対策部 家庭支援課 不育症検査担当  
 電話番号 | 03-5321-1111 (都庁代表) 内線 32-675~677  
 ※土・日・祝日・年末年始を除く 9:00~12:00、13:00~17:00

※ **簡易書留や特定記録郵便など、差出・配達記録される郵便を推奨**します(普通郵便での不着事故等に関しては責任を負いかねます。)

※ また、記入日や投函日ではなく、**消印日を申請日**として取り扱います。

## 10 助成金の支給

- 申請を受けてから約2か月後に**承認・不承認の結果を書面にて通知**します。
- 承認決定通知の約1か月後に指定された口座に助成金を振り込みます。

制度の概要 (要件等)	
1	夫婦が別居していて別の道府県 (外国を含む) に居住しています。東京都で申請できますか。 法律婚の方で、検査開始日から申請日までの間、夫婦いずれかが都内に継続して住民登録をしていれば申請できます。 ※ 事実婚の方は助成対象外です。
2	所得の制限はありますか。 制限はありません。
3	都外の医療機関で検査を受けたのですが、助成の対象になりますか。 保険医療機関であれば、都外の医療機関でも助成の対象となります。
4	複数の医療機関で検査をした場合は、どのように証明すればよいですか。 お手数ですが、それぞれの医療機関で受診等証明書を作成してもらってください。

申請書の書き方	
1	申請書 (第1号様式) の申請者欄は誰を記入すればよいですか。 検査開始日から申請日までの間、都内に継続して住民登録をしている方であれば、夫婦どちらでも申請者になることはできます。ただし、振込先の口座名義が申請者と同じである必要があります。
2	外国籍なのですが、申請者として通称名を使用することはできますか。 以下の条件を満たしていれば、通称名を使用することができます。 ①住民票の写しに通称名が記載されていること。 ②振込口座の名義が通称名であること。
3	申請書 (第1号様式) の年齢はいつ時点の年齢を記入するのですか。 証明書 (第2号様式) の「検査開始日」時点の年齢を記入してください。
4	申請書 (第1号様式) の日付欄はいつの日付を記入するのですか。 申請書を記入した日で結構です。 ただし、東京都では消印日を申請日として取り扱います。
5	振込口座にゆうちょ銀行を指定する場合、支店名及び口座番号には何を記入するのですか。 振込専用の漢数字3桁の支店名及び7桁の口座番号を記入してください。不明なときは、ゆうちょ銀行の窓口にお問い合わせください。また、ゆうちょ銀行ホームページでも調べることができます。
6	申請書に記入した内容に誤りがあった場合、二重線で訂正した上で提出しても問題ありませんか。 問題ありません。

提出書類	
1	住民票の写しは申請者と配偶者それぞれに必要とありますが、1枚にまとめて記載されていてもよいですか。 まとめて記載されているもので結構です。申請者及び配偶者の住所、氏名、生年月日及び続柄が記載されているものに限り、また、 <b>個人番号 (マイナンバー) の記載がないものを提出してください。</b>
2	引っ越しで検査開始日と申請日の住所が異なります。この場合、住民票の写しを提出すれば問題ありませんか。 区市町村が異なる場合は、検査開始日において都内に住民登録をしていたことが確認できないため、住民票の写しと併せて戸籍の附票の写しの提出が必要です。同一区市町村内であれば、住民票の写しのみ提出で問題ありません。
3	配偶者が海外にいるため、住民票の写しが提出できません。この場合は、何を提出すればよいですか。 海外にいることを証明するため、戸籍の附票の写しを提出してください。
4	戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) を取り寄せたところ、除籍になっています。婚姻日と配偶者の名前が記載されているので、このまま提出してもよいですか。 除籍後の婚姻関係が確認できないため、新たに編成された戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) を提出してください。
5	領収書の添付は必要ですか。 必要ありません。



申請期限

1	申請日はいつになりますか。	消印日を申請日として取り扱います。 申請書に記入された日付が3月31日であっても、消印日が4月1日であれば申請日を4月1日として取り扱います。
2	いつまでに申請をしなければなりませんか。	検査終了日から起算して、6か月以内に申請が必要です。 <u>複数の医療機関で実施した場合は、最後の医療機関で実施した検査の終了日から6か月以内に申請してください。</u>
3	申請書の記入内容等に誤りがあった場合や書類に不備があった場合は、申請が無効になってしまうのですか。	申請書類に不備があった場合は、住民票の写しの住所宛てに東京都から封書で書類に不備があった旨連絡します。提出期限(概ね2週間)を定めて必要書類の提出を依頼しますので、速やかに提出してください。期限を過ぎた場合は不承認として取り扱います。

助成金の振込等

1	申請してから助成金が振り込まれるまでのくらくかりですか。	書類の不備等がなければ申請書受理日から概ね2か月で承認決定通知書を発送します。そこから約1か月後に指定口座への振込みを行います。 なお、振込完了の連絡・通知等は行っておりませんので、入金は通帳記入等により御自身で確認してください。
2	助成を受けた場合、確定申告の医療費控除は受けられますか。	医療費控除については所管の税務署にお問い合わせください。

その他

1	不育症検査等助成事業の全般について知りたいのですが。	「東京都不育症検査助成事業の御案内」又は東京都福祉保健局ホームページを御確認の上、不明な点がありましたら電話でお問い合わせください。 なお、来庁されての相談は、お受けできない場合があります。
2	東京都に提出した証明書(申請書)の写しが必要なのですが、送ってもらえますか。	写しの送付を希望される場合は、以下の書類をお送りください。 また、お手元に届くまでには1か月程度を見込んでください。 ① 宛先を記入した返信用封筒(必要な金額の切手を必ず貼ってください。) ② 承認決定通知書のコピーに「写しが必要な書類の名称」をメモしたもの
3	承認決定通知書を紛失してしまいました。再交付してもらえますか。	再交付を希望される場合は、以下の書類をお送りください。 なお、お手元に届くまでには1か月から2か月程度を見込んでください。 ① 宛先を記入した返信用封筒(必要な金額の切手を必ず貼ってください。) ② 「依頼日、再交付の理由、住所及び申請者氏名」を記入した再交付依頼書(様式任意)

事実婚関係

1	住民票の続柄が「同居人」や「縁故者」では助成の対象になりませんか。	この事業における事実婚には該当しないため、助成の対象とはなりません。
2	戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の代わりに独身証明書の提出でも構いませんか。	検査開始日から申請日までの間、他に法律上の配偶者がいないことを確認できないため、戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)を提出してください。
3	検査開始日の時点では事実婚(役所への届出(住民票の続柄に夫(未届)、妻(未届)等が記載される手続)が必要です。)で、現在は入籍しています。この場合は、助成の対象となりますか。	事実婚の届出をした日が記載されている住民票を提出してください。 または、事実婚の状態であった時の住民票のコピー(未届の夫、未届の妻と記載があるもの) ただし、平成31年4月1日以降に検査を開始した方に限ります。

不育症検査医療費助成申請書

記入要領

この申請書により不育症検査に係る医療費の助成を申請します。  
 また、東京都の不育症検査助成事業による助成金の交付状況について他の関係書類に同意します。

証明書(第2号様式)の  
**検査開始日時点**の年齢を記入してください。

申請者=夫なら、配偶者=妻  
 申請者=妻なら、配偶者=夫  
 ( )にふりがなを忘れずに!

記		生 年 月 日
申請者	( 東京都 花子 ) 都庁 花子	平成 〇〇年 〇月 〇日 (29歳)
配偶者	( 東京都 太郎 ) 都庁 太郎	昭和 〇〇年 〇月 〇日 (35歳)

申請者住所	郵便番号 (163-8001)	電話 03 (5321) 1111
新宿区西新宿2-8-1	同上	

申請者氏名	都庁 花子	都庁 太郎
-------	-------	-------

検査期間 2022年 8月 2日 - 2023年 1月 11日 (夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日)

申請額金 50,000 円

東京都知事 殿

東京都の公金取扱金融機関を記入してください。

都庁 銀行 都庁駅前 本店 店番号 3 2 支店 出張所

入先	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ)	(トコウ ハナコ)
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人(申請者)	都庁 花子

申請書 定期口座は使用できません。 決 定 年 月 日

承認 ・ 不承認

振込先口座は申請者名義の口座を指定してください。

受給者番号

- (注) 1 太枠の中を記入してください。  
 2 以下の書類を添付してください。  
 (1) 不育症検査助成事業受診等証明書(第2号様式)  
 (2) 住民票の写し(検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し)(コピー不可)  
 (3) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等)(コピー不可)  
 3 申請期限(消印日)は検査終了日から6か月以内です。

不育症検査医療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査に係る医療費の助成を申請します。  
 また、東京都が不育症検査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に同意します。

記

( ふりがな ) 氏 名		生 年 月 日	
申請者	( )	年 月 日 ( 歳 )	
配偶者	( )	年 月 日 ( 歳 )	
申請者住所	郵便番号 ( - )	電話 ( )	
配偶者住所	郵便番号 ( - )	電話 ( )	
(※申請者と異なる場合のみ記入)			
申請者 氏 名 _____	配偶者 氏 名 _____		
(必ず、申請者及び配偶者がそれぞれ自筆署名してください。)			
検査期間	年 月 日 ~	年 月 日	(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日)
申請額	円		
	年 月 日		
東京都知事 殿			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 店番号 _____ 支店 _____ 出張所 _____
	預金種別	普通 貯蓄	( フリガナ ) _____ 口座名義人(申請者) _____
	口座番号	_____	_____ (右詰め記入)

申請受付印

決 定
年 月 日
承認 ・ 不承認

入 力
受給者番号

- (注)1 太枠の中を記入してください。  
 2 以下の書類を添付してください。  
 (1) 不育症検査助成事業受診等証明書（第2号様式）  
 (2) 住民票の写し（検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し）（コピー不可）  
 (3) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）等（コピー不可））  
 3 申請期限（消印日）は検査終了日から6か月以内です。





不育症検査助成事業受診等証明書

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

下記のとおり、東京都不育症検査助成事業の対象となる不育症検査を行ったことを証明します。

**主治医記入欄**

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
助成対象者確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者	
検査開始日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
検査期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日となります。 不育症の検査にかかった期間のみを記入してください。 <p style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</p>	
検査内容	(1) <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 【 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 】 (2) <input type="checkbox"/> 内分泌検査 【 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 】 (3) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 (4) <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 【 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗CLlgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLlgM抗体 <input type="checkbox"/> 抗PElgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PElgM抗体 】 (5) <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング 【 <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくは抗原 (凝固因子検査) <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT 】 (6) <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査 (7) <input type="checkbox"/> 先進医療として告示された検査 [ ]	

(7)については、国の先進医療会議にて、順次認められていく仕組みです。実施できる医療機関も限られます。

(7)の検査、実施医療機関については、厚生労働省のホームページで確認してください。

受給者番号(東京都が記載)

(日本産業規格A列4番)

【注意事項】

- ・平成31年4月1日以降に開始した検査について、記入してください。
- ・助成の対象になる検査は、表面に記載されている検査のみです。
- ・不妊検査のために行われた検査は対象外ですので、記載しないでください。
- ・文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ・助成対象期間(検査開始日から1年間)の内に実施された診療分について記載してください。
- ・検査を継続中に作成する場合は、最後に来院した日にちを記載してください。
- ・証明欄が不足する場合は、この面をコピーして作成してください。

【この事業における流産の考え方】

- ・反復流産及び習慣流産のことを指しています。生化学的妊娠(化学流産)、着床不全は含みません。

医療機関証明欄

		夫(氏名 )			妻(氏名 )		
診療月	表面(1)から(5)までの検査について、記入してください。						
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
診療月	表面(6)及び(7)までの検査について、記入してください。						
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
(1)から(7)までの合計			円			円	

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

医療機関コード

所在地

管理者氏名

電話番号

印

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

担当者氏名

# 東京都不育症検査医療費助成申請のためのチェックシート

☆ 提出前に、必ず御確認ください ☆

項目	チェック
<b>1 対象要件を満たしているか確認してください。</b> 検査開始日は平成31年4月1日以降となっていますか。 検査開始日の妻の年齢は、43歳未満ですか。(42歳までが対象です。) 検査開始日から申請日まで、東京都内に住所がありますか。	
<b>2 不育症検査医療費助成申請書(第1号様式)</b> 申請者・配偶者それぞれ自筆署名をしていますか。 年齢欄には検査開始日時点の年齢を記入していますか。 振込先指定口座の名義人は申請者と同一ですか。 振込先指定口座は東京都の公金取扱金融機関ですか(使用できない銀行があります)。 申請期限を過ぎていませんか。(検査終了日から6か月以内に申請する必要があります。) (振込先指定口座の通帳コピー) 振込先の口座内容(口座番号、口座名義等)がわかる通帳のコピー(通帳がない場合はキャッシュカードのコピー)の添付に御協力ください。 ※A4サイズ用の紙にコピーしてください。	
<b>3 不育症検査助成事業受診等証明書(第2号様式)</b> 本人控としてコピーを取りましたか(東京都には原本の送付が必要です)。 検査開始日、検査期間、検査内容、金額を確認しましたか。	
<b>4 住民票の写し ※コピー不可</b> 申請日から3か月以内に発行されたものですか。 申請者・配偶者それぞれの氏名や生年月日の記載がありますか。 続柄で夫婦であることが確認できますか。事実婚の場合は夫「未届」などの記載がありますか。 戸籍の附票の写しを提出する場合、検査開始日時点の住所の記載がありますか。	
<b>5 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本) ※コピー不可</b> 申請日から3か月以内に発行されたものですか。 ご夫婦それぞれの欄で、婚姻日、婚姻関係が確認できますか。	

- チェックが完了したら、不育症検査医療費助成申請書(第1号様式)の「年 月 日」に日付を記入して提出してください。
- チェックシートを提出する必要はありません。

## <書類のまとめ方>

下記の順番を参考にして御提出ください。

なるべく追跡可能な方法(簡易書留や特定記録郵便等)で、申請期限までに御郵送ください。

令和5年3月発行

登録番号(4)386

発行：東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課



リサイクル適性  
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。

