

こちらのチェックシートをご利用いただき提出書類のご確認をお願いいたします

助成金の交付については、慎重かつ正確に確認を行っております関係上、提出書類に不備がございますと受理できず一旦ご返却させていただく場合がございます。交付まで改めてお時間を要することとなり、申請者様にもご迷惑をおかけすることとなりますので、ご提出の前には以下の点についてご確認をいただきますようお願いいたします。

品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成申請のための提出書類チェックシート

項目	チェック
1 品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成申請書【第1号様式】	
夫婦のいずれかが治療開始日から申請日まで品川区に住民登録がありますか。	
申請者・配偶者それぞれに記名がありますか。	
高額療養費、付加給付金の給付を受けている場合 健康保険者の発行した支給決定通知等の支給額のわかるものを添付しましたか。	
高額療養費・付加給付金を受けている場合は、その額を差し引いた額 助成申請額は領収金額合計（5万円未満の場合）になっていますか。 5万円以上の場合は50,000円となっていますか。	
振込先の金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号に誤りはありませんか。 申請者と同一人でないと、振り込むことが出来ません。	
2 品川区不妊治療（生殖補助医療）受診等証明書【第2号様式-1】（表面）	
医療機関が証明を記載するものですが、区へご提出される前に申請者が一度確認してください。	
対象者・配偶者がそれぞれ記入されていますか。	
医療機関の名称および所在地、主治医氏名が記載、押印されていますか。	
治療期間が助成対象期間となっていますか。（令和6年4月1日以降の治療費が対象です）	
治療の内容について 生殖補助医療（体外受精・顕微授精）の治療内容ですか。✓ はついていますか。	
「院外処方を行った日」の記載漏れがありませんか。	
3 品川区不妊治療（生殖補助医療）受診等証明書【第2号様式-2】（裏面）	
対象者・配偶者がそれぞれ記入されていますか。	
【医療機関領収証明欄】 の金額合計に誤りがないですか。 領収金額合計、保険診療分合計に計算間違いがある場合があります。その場合、医療機関において訂正が必要となります（訂正印が必要）。ただし、 合計金額の訂正はできません。	
医療機関の名称、所在地、代表者名、電話番号、医療機関コードおよび担当者名の記載、押印がありますか。	
【薬局証明欄】 の薬剤処方年月日に誤りがないですか。 表面（第2号様式-1）「院外処方を行った日」に記載の日付に対応していますか。 処方箋の有効期限は交付の日を含めて4日以内です。対応していない日付の記載がある場合、薬局において訂正が必要となります。（訂正印が必要）	
【薬局証明欄】 の金額合計に誤りがないですか。 領収金額合計の計算間違いがある場合があります。 合計金額の訂正はできません。	
薬局の名称、所在地、責任者名、電話番号、医療機関コードおよび担当者名の記載、押印がありますか。	
4 その他	
領収書は添付しないでください。 第2号様式で医療機関の領収金額について証明がされているため不要です。	
住民票の同一世帯にご夫婦が記録されていますか。 別々となっている場合は戸籍謄本を添付しましたか。（申請日から3か月以内に発行したものに限り。）	

チェックシートをご利用いただきありがとうございました。

品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成申請書【第1号様式】の「年 月 日」欄に発送する日の日付を記入して提出してください。