

特定不妊治療費助成事業申請書

(第2子以降の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用)

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
妻	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
住所(※1)	〒	電話 () 携帯 ()
住所(※2)	〒	電話 () 携帯 ()
①過去に特定不妊治療費助成金を受けた回数(※③を除く)をご記入下さい。 通算 () 回 助成金を受けた自治体は 1 三重県 2 その他 ()		
②特定不妊治療費助成金を初めて受けた時の助成申請年度及びその助成対象となった治療の開始日時点での妻の年齢をご記入下さい。 年度 妻 () 歳		
③過去に第2子以降の特定不妊治療に対して追加で助成を受けた回数をご記入下さい。 通算 () 回 助成金を受けた自治体は () 市・町		
申請者氏名 (夫及び妻の記名押印)		
_____ 印 _____ 印 * 以前の受給歴について、他自治体に確認することを同意します。 * 不妊治療費助成金交付事務担当者が、住所等必要事項及び夫婦の所得状況等を確認することに同意します。		
申請額 金 _____ 円		
_____ 年 月 日 鳥羽市長 宛て		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 当座 (ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	(左詰記入)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号		

注)太枠の中を記入してください。

- ※1: 夫の住所を記入する。
- ※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書(原本)
 3. 世帯全員の住民票及び戸籍謄本
 4. 夫及び妻の控除額が記載された所得・課税証明書
 5. ①の助成を最後に受けた回の特定不妊治療費助成承認決定通知書の写し
ただし、3・4については鳥羽市の公簿等で確認できる場合、省略することができます。

(裏)

治療の内容・結果および妊娠の経過について行政への報告を行うことに関する 説明書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、特定不妊治療を行う医療機関に対し、行われた特定不妊治療の内容・結果および妊娠の経過について、日本産科婦人科学会を通じた報告への協力を求めています。

これを集計し分析することにより、厚生労働省は、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業の制度を一層充実していく上で検討の参考とすることができます。また、行われた治療の効果を把握することにより、わが国の不妊治療の発展のために参考となる学術データを得ることができます。

さらに、厚生労働省は、助成事業を実施する都道府県・指定都市・中核市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・指定都市・中核市も事業の成果を把握し、助成事業の充実に役立てることができるようにしています。

(2) 報告の内容・方法

各医療機関から、日本産科婦人科学会のデータベースを通じ、下欄の項目の統計情報として、厚生労働省に報告されます。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

報告・集計される項目

[報告は医師が行います。患者さんが行うことはありません。]

I 治療から妊娠まで

- (1) 患者（女性）の年齢
- (2) 不妊の原因
- (3) 治療の内容、妊娠の有無

II 妊娠から出産まで

- (4) 妊娠・出産の状況
- (5) 生まれた子の状況

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する 説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。