

特定不妊治療費助成申請書

回目

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫		昭和 平成 年 月 日(歳)	
妻		昭和 平成 年 月 日(歳)	
住所(1)	〒	電話 ()	
住所(2) (夫・妻)	〒	電話 ()	
<p>申請者氏名 (口座名義人と同じ) _____ 印 夫または妻が自署もしくは記名押印</p> <p>特定不妊治療費(本人負担額) 金 _____ 円</p> <p>申請額 金 _____ 円</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福井県知事 様</p>			
他の都道府県、指定都市、中核市での 不妊治療費助成の有無	無 ・ 有	平成____年度 ~ 平成____年度 他都道府県等名_____	
申請受理年月日	平成 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	平成 年 月 日
受給者番号			

注1) 太枠の中をご記入下さい。

1: 夫婦の住所を記入する。

2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注2) 治療の終了した日の属する年度内に申請してください。

< 添付書類 >

特定不妊治療指定医療機関受診等証明書

特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書

福井県内に住所を有していることが証明できる書類

法律上の婚姻をしていることが証明できる書類(で確認できる場合は省略可)

夫婦の所得額が証明できる書類(市町村窓口発行の児童手当用の所得証明書)

同意書(今年度中に福井県に転入した場合および夫婦のどちらかが県外に住所を有する場合)

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せん。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・政令市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令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、(社)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。〕

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

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。