

千葉県特定不妊治療費助成申請書

千葉県知事

様

平成 年 月 日

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。

また、千葉県が特定不妊治療費助成事業による助成金の受給歴について、他の自治体へ照会することに同意します。

記

申請者	夫	ふりがな						
		氏名	印 ※自署又は記名押印					
		生年月日	昭和・平成		年	月	日生	(歳)
		住所	〒 -		電話 ()			
申請者	妻	ふりがな						
		氏名	印 ※自署又は記名押印					
		生年月日	昭和・平成		年	月	日生	(歳)
		住所	〒 -		※ 夫婦の住所が異なる場合のみ記入			
		申請額 (男性不妊治療分除く)	金					円
		申請額 (男性不妊治療分)	金					円
		申請額合計	金					円
過去の受給歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (「あり」の場合は、受給歴を以下に記入) (助成時期 年 月 健康福祉センター名 自治体名) (助成時期 年 月 健康福祉センター名 自治体名) (助成時期 年 月 健康福祉センター名 自治体名) (助成時期 年 月 健康福祉センター名 自治体名) (助成時期 年 月 健康福祉センター名 自治体名)							
	※千葉県から助成を受けたことがある場合は健康福祉センター名を、千葉県以外の都道府県又は政令市・中核市から助成を受けたことがある場合は自治体名を記入してください。							
	振込先	金融機関名				本・支店名		
		預金種別	普通・当座		ふりがな			
		口座番号			口座名義人			
								(左詰記入)

- 【添付書類】 1. 特定不妊治療受診等証明書 (様式第 2 号) 6. 通帳の写し
 2. 領収書 (原本) 7. 口座振替依頼書
 3. 住民票 (発行から 3 ヶ月以内・続柄記載) (原本)
 4. 戸籍謄本 (抄本) (発行から 3 ヶ月以内) (原本)
 5. 夫及び妻の住民税課税 (非課税) 証明書 (原本) (夫及び妻の所得額を証明する書類)
 ※ 2 回目以降の申請の場合は、省略できる添付書類がありますので、申請窓口へご確認ください。

【千葉県記入欄】

申請書受理年月日		(承認・不承認)	
		決定年月日	
受給者番号			

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おります。

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。