

秋田県特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名 _____ 氏

(夫または妻が記名押印してください。)

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。

なお、助成の適正を判断するため、秋田県が、他の自治体へ本申請(助成)に係る情報の照会、提供及び医療機関に療内容等の照会をすることについて同意します。

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 ()		
助成申請金額	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				
今年度申請回数 回目 通算回数 国 回 県 回	過去の 助成状況 [有・無] 有の場合は 右欄に記入 してください。〇〇〇	助成を受けた自治体名 (都道府県・指定都市・中核市)	助成を受けた年度 及び 回数		
			平成	年度 /	回
			平成	年度 /	回
			平成	年度 /	回
			平成	年度 /	回
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)		
	口座番号				左詰記入
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	通算回数	回
受給者番号					

注1) 二重線以外の枠に記入してください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

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>

- 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 夫及び妻の住所を確認できる書類(住民票(発行から3ヶ月以内、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの(「続柄」は婚姻関係にあることを確認するため省略できません。申請のつど必要です。))
- 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類(戸籍謄本等)
(2回目以降の申請で、住民票の戸籍の表示等で婚姻関係が確認できる場合は省略できます。)
- 夫及び妻の所得額を証明する書類(市町村発行の所得証明書(児童手当用))等
・4月から5月までの申請:前年度所得証明書(前々年分)
・6月から3月までの申請:当該年度所得証明書(前年分)
(今年度2回目以降の申請で、1回目の申請が6月以降の場合は省略できます。)
- 指定医療機関等発行の領収書の写し

(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	II 妊娠から出産まで
(1) 患者(女性)の年齢	(4) 妊娠・出産の状況
(2) 不妊の原因	(5) 生まれた子の状況
(3) 治療の内容、妊娠の有無	

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。