

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

(夫または妻が記名してください。)

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、関係機関へ本申請（助成）に係る情報の照会、提供及び治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 ()					
高額療養費の有無		有 ・ 無	金額 円 ※A			
付加(附加) 給付金の有無		有 ・ 無	金額 円 ※B			
助成申請金額	※Aと※Bの額を当該月の自己負担額から控除 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					
令和4年4月1日以降にこの助成金を他の自治体(都道府県・指定都市・中核市)で受けたことがありますか(男性不妊を除く)						
通算回数	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。	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		
_____ 回目				年度 / 回		
				年度 / 回		
				年度 / 回		
				年度 / 回		
				年度 / 回		
令和4年4月1日以降にこの助成金を他の自治体(都道府県・指定都市・中核市)で受けたことがありますか(男性不妊)						
ない ・ ある → 過去 () 回受けた 都道府県 市						
過去の治療歴		有 無	医療機関名		回数	
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療歴		有 ・ 無			回 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	
受給者番号					通算回数 回	

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) 治療の終了した日から9か月以内に申請してください。

注3) 男性不妊治療の助成対象となる手術は、特定不妊治療の一環として行われる精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術です。

<添付書類>は裏面をご覧ください。

(裏)

<添付書類>

1. 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）及び治療実施医療機関の発行する領収書等
- 2※. 秋田県特定不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書（様式第2号の2）及び協力医療機関の発行する領収書等
3. 住民票（申請日から3ヶ月以内に発行されたもの、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）
4. 治療を受けた方の健康保険の資格情報が確認できる資料
- 5※. 限度額適用認定証の写し
- 6※. 高額療養費や付加（附加）給付金の決定額が確認できる書類

※は該当者のみ

治療の内容・結果および妊娠の経過について行政において把握することに関する
説 明 書

秋田県では、特定不妊治療を行う医療機関より、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、受診等証明書により把握することとしています。これを集計し分析することにより、県は、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。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。

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。