

(様式第1号)

秋 田 県 先 進 医 療 等 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_____

関係書類を添えて次のとおり先進医療等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。

	(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		金 _____ 円			
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						

注1) 二重線以外の枠に記入してください。
注2) 検査の終了した日から9か月以内に申請してください。

- <添付書類>
- ①秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)及び医療機関の発行する領収書等
 - ②住民票(申請日から3か月以内に発行されたもの)
 - ③その他知事が必要と認める書類

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、行われた先進医療の内容・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。