

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

### 岐阜県特定不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

岐阜県知事 様

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		
対象者	夫	( )	昭和 平成	年	月 日 ( 歳)
	妻	( )	昭和 平成	年	月 日 ( 歳)
	住所	〒 _____ 電話 ( )			
	(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	〒 _____ 電話 ( )			
(申請者の配偶者)					
申請者氏名		印		印	
(夫及び妻が自署若しくは記名押印)					
申請額		金 円		(治療に直接要した費用。ただし、15万円を超える場合は15万円とする。)	
申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。					
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)	過去に、岐阜県又は他の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まます。) ・ ない ・ ある ある場合、過去 ( ) 回受けた 助成金を受けた自治体は(当県・ 市・ 県)				
振込先(受給歴のある方は1か2を選択、新規の方は2に記入してください。)					
1	前回の振込口座と同じ(口座番号等の記入は不要です。) ※申請者が必ず前回と同一であること。				
2	下記口座に振り込み(新規及び振込先を変更する場合のみ記入してください。)				
金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )	
	口座番号				(左詰記入)
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	

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類)
1. 岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第7号)
  2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
  3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
  4. 夫及び妻の住所を確認できる書類
  5. 夫及び妻の児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

(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・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。]

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。