

## 神戸町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

神戸町長 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。

対象者	夫	氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日（ 歳）
		住所 電話番号	〒	-	電話	（ ）
	妻	氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日（ 歳）
		住所 電話番号	〒	-	電話	（ ）
申請額金 _____ 円 (治療に要した費用。ただし、同一年度内に岐阜県・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ている場合は、助成を受けた額を差し引いた金額で、上限は10万円までとする。) 申請の適正を判断するために必要な場合は、岐阜県・他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。 また、申請の適正を判断するために必要な場合は、神戸町が保有する住民基本台帳及び課税台帳を閲覧することを承諾します。  申請者氏名 _____ ④ 申請者の配偶者 _____ ④						
過去の助成の有無等 (該当する番号に○を 付け、ご記入ください。)		過去に、岐阜県又は他の都道府県・中核市・市町村から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在、申請中のものも含みます。) 1 ない ・ 2 ある (2ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月)				
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	年 月 日	日	

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 神戸町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)又は岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
2. 特定不妊治療に係る医療機関発行の領収書
3. 夫及び妻の住所を確認できる書類
4. 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
5. 夫及び妻の納税証明書(未納がない証明)
6. 岐阜県特定不妊治療費助成事業の申請をした者は、その決定通知書の写し(ただし、4.は省略することができる)

(裏)

治療の内容・結果及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  
証 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・結果及び妊娠の結果について、日本産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、厚生労働省では、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、厚生労働省では、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

以前の受診歴について以前の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。

転入をされた方は、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。