

(様式1)

滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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 夫 氏名		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
ふりがな 妻 氏名		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
住 所 1	〒	連絡先① (夫 ・ 妻) ()			
(別世帯の場合に記入) 住 所 2	〒	連絡先② (夫 ・ 妻) ()			
過去に特定不妊治療 (男性不妊治療単独含む) の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は (滋賀県 ・ 大津市 ・ その他 _____ 都・道・府・県・ _____ 市) 上記のうち、男性不妊治療の助成金を受けたことがある場合は下記に記載してください。 → 過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は (滋賀県 ・ 大津市 ・ その他 _____ 都・道・府・県・ _____ 市) 過去に助成を受けた後、出生または12週以降の死産に至った場合は助成回数をリセットすることができます。助成回数のリセットの対象であり、今回リセットを希望されますか。→ (はい ・ いいえ)					
特定不妊治療費申請額① (男性不妊治療分除く)	金	円			
男性不妊治療費申請額②	金	円			
申請額合計 (①+②)	金	円			
申請者氏名	_____				
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子あたりの支給回数の上限が決められています。助成の適正を判断するために必要な場合、当県以外の自治体に対する本申請にかかる情報の照会および提供、ならびに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行う事について同意します。 年 月 日 (あて先) 滋賀県知事					
振 込 先 ※	金融機関名	銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所			
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口 座 番 号				(右詰記入)

※ご夫婦いずれかの名義の普通口座としてください。

(添付書類)

1. 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書(様式2)
 2. 住所地と夫婦であることを証明する書類 (申請日から3ヶ月以内のもの)
 3. 夫および妻の所得額を証明する書類 (令和3年4月1日以降の申請日の場合は不要)
 4. 振込口座通帳 (口座番号・支店番号のわかる頁)のコピー
 5. 様式2の証明書に他院依頼や院外処方の記載がある場合は、その領収書原本。(証明を受けた医療機関の領収書の添付は不要)
 6. 事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書(様式3)
 7. 助成回数リセットの場合はそれを証明する書類
- 連絡先には日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

(裏面)

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

- (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

受給歴等について該当する自治体に確認を行うことに関する説明書

夫婦で住民の異なる場合や転入された方について、それに該当する自治体に、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。