

第1号様式（第7条関係）

不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

奈良県知事 殿

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、裏面の各説明書内容に目を通し、本申請に関して奈良県が他の自治体や受診医療機関へ確認を行うことに同意します。

		申 請 日	年 月 日			
		ふ り が な 氏 名	生 年 月 日			
申 請 者	夫		昭和	年	月	日生(歳)
			平成			
	妻		昭和	年	月	日生(歳)
			平成			
	住 所 (※1)	〒	電 話 () 携帯電話 ()			
	住 所 (※2)	〒	電 話 () 携帯電話 ()			
過去にこの助成金を受けたことがありますか。現在申請中の分も含めて記載してください。 (男性不妊治療分除く) ない ・ ある → 過去 () 回 助成金を受けた自治体は〔 奈良県 ・ 他の都道府縣市町村名 () 〕 (男性不妊治療分) ない ・ ある → 過去 () 回 助成金を受けた自治体は〔 奈良県 ・ 他の都道府縣市町村名 () 〕						
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						
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出 張 所	預 金 種 別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	ふ り が な 口 座 名 義 人		口座 番号			
出生した子の氏名			生 年 月 日			
助成を受けた後出産し、助成回数のリセットを希望します。			はい いいえ			
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日					保健所受付印
整 理 番 号						

(注)太枠の中をご記入ください。(申請者名…署名でない場合、押印してください。)

(※1)夫婦の住所を記入してください。

(※2)単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入 もしくは書類の送付先が(※1)と異なる場合に記入してください。その際には住所横に(送付先)と記載してください。

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 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・結果及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することができます。

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	II 妊娠から出産まで
(1) 患者(女性)の年齢	(4) 妊娠・出産の状況
(2) 不妊の原因	(5) 生まれた子の状況
(3) 治療の内容、妊娠の有無	

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。