

特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

京都府知事

様

申請者

㊟

特定不妊治療費助成事業助成金交付要綱第5条の規定により、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

太枠の中をご記入ください。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		
助成対象者	夫	( )	年 月 日 ( 歳)		
	妻	( )	年 月 日 ( 歳)		
	住所 (※1)	〒 電話 ( ) -			
	住所 (※2)	〒 電話 ( ) -			
助成金申請額		(申請額の上限は、150,000円です) _____ 円			
特定不妊治療費助成金の過去の受給歴  (他の都道府県・市で受給したものを含む。)		都道府県・市名	受給年度	受給回数(受給月)	受給金額
			年度	1回目 月・2回目 月 3回目 月	円
			年度	1回目 月・2回目 月	円
			年度	1回目 月・2回目 月	円
			年度	1回目 月・2回目 月	円
振込先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本(支)店 出張所	金融機関コード	店番
	預金種別	1 普通 2 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		決定年月日(承認・不承認)			
受給者番号					

- ※1：夫婦の住所を記入してください。
- ※2：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
- ※3：振込先は、申請者が口座名義人になっている口座を記入してください。

(添付書類)

- 1 特定不妊治療費助成事業受診等証明書
- 2 医療機関発行の医療費の領収書
- 3 夫及び妻の住所を確認できる書類(住民票の写し等)
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄(抄)本等。ただし、住民票等で法律上の婚姻関係にあることが確認できる場合は不要)
- 5 夫及び妻の所得額を証明する書類(住民税の課税証明書(全項目記載のもの)等)

(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

(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。

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

京都府知事

様

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号



下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと判断されるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	夫 ( )	妻 ( )
受療者生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
特定不妊治療に係る治療費 (※保険外診療に限る)	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
	領収金額	円
治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○をつけてください	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※ ( )	無

※ 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

A 新鮮胚移植を実施

B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）

C 以前に凍結した胚による胚移植を実施

D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了

E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止

F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。