

不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

関係書類を添えて次のとおり不妊に悩む方への特定治療支援事業費の助成を申請します。
また、山梨県が本申請の審査に関して関係機関への照会や情報提供を行うことに同意します。

申請者・夫	フリガナ氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生（ 歳）
	住 所	〒	—	—	電話
申請者・妻	フリガナ氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生（ 歳）
	住 所 申請者・夫と異なる場合のみ記入	〒	—	—	電話
婚姻の届出		<input type="checkbox"/> 有（法律婚）		<input type="checkbox"/> 無（事実婚）	
本申請の不妊治療費について、県内市町村等へ助成金を申請した場合は記入してください。					
申請の無・有→		市町村名	申請額	助成額	
申請金額		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	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号	(※7桁)	
	口座名義人	※カナ書き			
過去の助成状況	過去にこの助成金を山梨県又は他の自治体（都道府県、指定都市、中核市）で受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費（男性不妊治療分除く）の助成を受けたことがある。 (都道府県) 回数 回・ (市) 回数 回 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費（男性不妊治療分）の助成を受けたことがある。 (都道府県) 回数 回・ (市) 回数 回				
裏面の説明書を確認の上、今回の特定不妊治療の内容・結果及び妊娠の経過についての報告および照会について同意します。					
申請者署名 () ()					
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日 承認・不承認		
受給者番号					

治療内容・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

(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、厚生労働省への報告を求めています。

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・中核市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令市・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

患者さんが報告に同意した場合、各医療機関から、下欄の項目について、(社)日本産科婦人科学会のデータベースを通じ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。

報告の意義をご理解いただき、同意していただけますようお願いいたします。

医療機関があなたの治療の内容・結果および妊娠の経過について報告することに同意する場合は、表面に署名してください。

署名がない場合も、助成の可否に影響はありません。

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

- (1) 妊娠・出産の状況
- (2) 生まれた子の状況

以前の受給歴について他の自治体及び受診

医療機関に確認を行うことに関する説明

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等所定の要件が決められています。

他の自治体に対する本申請(助成)に係る受給状況の照会・提供及び受診医療機関に対する治療内容等の照会を行うことがありますことをご承知ください。

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。