

川越市特定不妊治療支援事業助成金支給申請書

年 月 日

（提出先）
川 越 市 長

川越市特定不妊治療支援事業の助成金支給について申請します。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について川越市が他の自治体へ照会すること、川越市特定不妊治療支援事業による助成金の交付状況について照会のあったときこれに回答すること、特定不妊治療支援助成金支給決定に関して指定医療機関及び調剤薬局等に照会することについて同意します。

申請者	夫		妻		
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
	住 所	〒		〒	
電話番号					
申請額	特定不妊治療分 金 _____ 円				男性不妊治療分 金 _____ 円
振込先	金融機関の名称		口座番号		口座名義（フリガナ）
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	()	
<p>・過去にこの助成金を受けたことがありますか（他自治体での助成を含みます。） <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある →過去(回 内男性不妊治療 回)受けたことがある。 →助成を受けた都道府県市名()</p> <p>以下は、今回の治療が第2子以降の特定不妊治療である場合のみご記載ください。 ・過去に特定不妊治療費の助成を受けた後に、出産したお子さまの氏名と生年月日をご記載ください。（自然妊娠も含む）</p> <p>氏名() 生年月日(年 月 日生)</p> <p>氏名() 生年月日(年 月 日生)</p>					

添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 ※川越市に初めて申請する方、事実婚の方（本籍地の市区町村で発行）1通
	<input type="checkbox"/> 住民票又は戸籍の附票 ※単身赴任などで川越市以外に住民登録をしている方、事実婚の方1通
	<input type="checkbox"/> 今回の治療期間中の受診日が明記されている領収書（原本）
	<input type="checkbox"/> 治療内容がわかるもの（請求書・明細書など）（原本）
	<input type="checkbox"/> 助成金振込先の通帳もしくはキャッシュカードのコピー（夫婦どちらかの名義のもの）
	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し（該当の方）
	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し（該当の方）

※以下は担当課記載欄

1人目 開始年齢	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
~39歳・ 40歳~		
出産 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

2人目 開始年齢	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
~39歳・ 40歳~		
出産 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

夫 転入 (. .)
 (より)
H16.4.1以前から川越市

妻 転入 (. .)
 (より)
 (NO:)
H16.4.1以前から川越市

(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
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、公益社団法人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・政令市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令市の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・結果

各医療機関から、公益社団法人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、この助成金申請以前の受給状況を確認することがありますのでご了承ください。

反対に、転出された方は、転出先の自治体より、川越市での助成状況を確認されることがありますのでご了承ください。

なお、情報の取り扱いには充分留意し、プライバシーは厳守します。

指定医療機関及び調剤薬局等に確認を行うことに関する

説 明 書

この助成金申請に係る特定不妊治療の内容及び医療費の徴収に関し、公正な支出を行うにあたり疑問が生じた場合は、治療を実施した指定医療機関及び調剤薬局等に確認をする場合がありますのでご了承ください。