

不妊に悩む方への豊田市特定治療補助金交付申請書兼実績報告書

申請日	年 月 日
-----	-------

豊田市長 様

申請者

住所	〒 - 豊田市	
氏名	Ⓜ	
電話 (携帯電話可)	()	-

捨印
Ⓜ

特定不妊治療を受けましたので、豊田市不妊検査・治療費補助金交付要綱第9条第3項の規定により、次のとおり補助金を申請します。申請に当たっては、豊田市が、特定不妊治療費補助金の交付状況を他の自治体に照会すること及び他の自治体から照会があったときにこれに回答すること並びに当該特定不妊治療に関して指定医療機関等に照会することについて同意します。

また、豊田市が交付決定する際に必要な住民基本台帳、所得等に係る公簿等を閲覧することに同意します。

補助対象者	夫	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏名			
	妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏名			
	住所	※夫婦の住所を記入			
	住所	※単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合等に記入			
過去にこの補助金(体外受精・顕微授精の補助金)を受けたことがありますか。 ない・ある → 過去 () 回受けた 前回の申請 (年 月) 補助金を受けた自治体は (豊田市 ・ 都道府県/市)					
		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
※上限を超える場合は上限額。上限を超えない場合は1,000円未満を切捨てた額					

注意 太枠内を御記入、押印ください。

<p><申請者の配偶者同意欄> 豊田市が交付決定をする際又は県へ補助金を請求する際に必要な住民基本台帳、所得等に 係る公簿等を閲覧することに同意します。また、豊田市が、一般不妊治療費補助金の交付状況を他の自治体に照会する こと及び他の自治体から照会があったときにこれに回答すること並びに当該一般不妊治療に関して医療機関、調剤薬局及び 加入している健康保険組合等の保険者に照会することに同意します。</p>					
住所	豊田市	生年月日	年 月 日	氏名	Ⓜ

※以下の欄には記入しないでください。

申請受理年月日		過去の補助金交付	あり・なし
申請番号	通算回数	回目	(今回)開始年齢 歳
(前回)受給者番号	(前回)通算年数	(前回)通算回数	(初回)開始年齢 歳

(裏面に続く)

《添付書類》

- 1 不妊に悩む方への豊田市特定治療支援事業受診等証明書（様式第4号）
- 2 豊田市不妊検査・治療費補助金交付請求書（様式第9号）
- 3 医療機関（調剤薬局）発行の領収書（原本）
- 4 法律上の婚姻をしていることを証明する書類…戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）又は婚姻届受理証明書
※夫及び妻の両方又はいずれか一方が日本人の場合…戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）
※夫及び妻の両方が外国人の場合…婚姻届受理証明書
※申請日以前6か月以内に発行されたものに限りです。
- 5 前年（1月から5月の申請は前々年）の所得額を証明する書類…所得証明書（控除の記載があるもの）
※当年1月1日（1月から5月の申請は前年の1月1日）に豊田市に住所のある方は不要です。
※申請日以前6か月以内に発行されたものに限りです。

申請の際に、申請者の印鑑（書類に押した印鑑）、申請者の振込先口座の預金通帳をお持ちください。

※以下の説明をお読みください。

～～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統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 夫婦当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、以前の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御承知おきください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。