

新潟県 不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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。

新潟県知事

様

※太枠内を記入してください。

		平成 年 月 日	
申請者・夫 (自署又は記名押印)	(ふりがな) 氏名	() 印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳)
申請者・妻 (自署又は記名押印)	(ふりがな) 氏名	() 印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳)
住所 1 ※夫婦の住所を記入		〒 () 電話 ()	
住所 2 ※夫婦の住所が異なる場合に記入		〒 () 電話 ()	
平日昼間に連絡可能な電話番号		電話 () 夫・妻 自宅・職場・その他 ()	
新潟県への助成申請回数		通算 回 (前回の申請時期 年 月)	
新潟県以外の自治体への不妊に悩む方への特定治療支援事業申請の有無		有・無	該当が有る場合 その自治体名・回数 (記載欄が不足する場合は、欄外使用可)都道府県・市.....回都道府県・市.....回都道府県・市.....回都道府県・市.....回都道府県・市.....回
申請額		金 円	
振込先	金融機関名	銀行 支店	
		銀行コード	支店コード
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号
(ふりがな) 口座名義人		()	

裏面をお読みください

- 【添付書類】
- ① 新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 (第3号様式)
 - ② 領収書及び診療明細書など
 - ①にかかる領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類
 - ③ 新潟県内(新潟市を除く。)に住所を有する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→原則として、続柄が記載された夫婦の住民票の写し。
 - ④ 市町村長が発行した夫婦それぞれの所得額・控除額記載のある所得証明書

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月日		決定年月日	
受給者番号		今回の申請	通算 年度目 今年度 回目
相手方コード			

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

これまでの受給歴について新潟県以外の自治体に確認を行うことに関する説明書

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金は、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。

また、夫妻の住所が異なる場合など、現在お住まいの自治体に助成金の受給状況等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。