

甲府市特定不妊治療費助成申請書

（あて先） 甲 府 市 長

次のとおり、関係書類を添えて甲府市特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	氏 名		生 年 月 日	
ふりがな 夫の氏名			年 月 日生（ 歳）	
ふりがな 妻の氏名			年 月 日生（ 歳）	
住 所	〒 甲府市		電話（ ）	
住 所 <small>※夫婦が別世帯の場合、 もう片方の住所を記入</small>	〒		電話（ ）	
婚姻年月日	年 月 日			
申 請 額	・特定不妊治療分（男性不妊治療分除く） 金 _____ 円 ・男性不妊治療分 金 _____ 円 ・合計申請額 金 _____ 円			
○これまで甲府市から特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 有（ _____ 回） ・ 無				
○これまで山梨県から特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 有（ _____ 回） ・ 無				
○これまで山梨県以外の都道府県（指定都市、中核市含む）から特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 有（ _____ 回） ・ 無				
○本申請に係る特定不妊治療費への助成について、夫婦の住所が異なる場合で、 他の市町村から特定不妊治療費の助成を受けた場合は、その内容を記入してください。				
申請の有無 無 ・ 有 →	市 町 村 名	申 請 額	助 成 額	
		円	円	
上記の記載について相違ありません。甲府市特定不妊治療費助成金交付のため、甲府市が支給の決定に関して必要に応じて、私の個人情報を読覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会・提供すること及び医療機関に受診等証明の内容を照会することを同意します。				
氏 名 (夫)		印	氏 名 (妻)	
※ 甲 府 市 記 入 欄 ※ ・累計助成回数 ◆平成30年度以前（ 県 _____ 回 ・ 市 _____ 回 ） ◆平成31年度以降（ _____ 回 ） ・助成額 ◆国庫補助金分 _____ 円 ・初回A, B, D, E（上限30万円） _____ 円 ・2回目以降A, B, D, E（上限15万円） _____ 円 ・C, F（上限7万5千円） _____ 円 ・初回男性不妊（上限30万円） _____ 円 ・2回目以降男性不妊（上限15万円） _____ 円 ◆市負担分 _____ 円				

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・結果及び妊娠の経過について、公益社団法人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・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

各医療機関から、公益社団法人日本産科婦人科学会のデータベースを通じて、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。