

埼玉県不妊治療費助成事業 助成金支給申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

埼玉県不妊治療費助成事業における特定不妊治療助成金支給を申請します。

また、埼玉県不妊治療費助成事業による助成金の助成状況、治療内容について他自治体や指定医療機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	フリガナ			生年月日	年 月 日
		氏名			年齢	(歳)
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — ※日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
申請者	妻	フリガナ			生年月日	年 月 日
		氏名			年齢	(歳)
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — ※日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
申請内容	申請するものにチェック☑し、申請金額を記入					
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療(男性不妊治療分除く) () 円 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 () 円 申請額合計 () 円					
添付書類	添付したものにチェック☑					
	<input type="checkbox"/> 不妊治療実施証明書 <input type="checkbox"/> 治療費領収書原本 <input type="checkbox"/> 住民票(世帯全員) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 <input type="checkbox"/> 死産届の写し <input type="checkbox"/> 振込希望口座の通帳コピー <input type="checkbox"/> 所得(課税)証明書・非課税証明書(夫・妻) <input type="checkbox"/> その他 ()					
過去の助成	該当するものにチェック☑し、詳細を右欄に記入					
	<input type="checkbox"/> 助成を受けたことがある (通算 回)	1. 埼玉県での助成歴の有無・回数	年度	回	年度	回
		<input type="checkbox"/> あり (回 うち男性不妊治療 回) ⇒右欄を記入	年度	回	年度	回
		<input type="checkbox"/> なし	助成を受けた時の住所			
<input type="checkbox"/> 助成を受けたことがある (通算 回)	2. 他の自治体(※)での助成歴の有無・回数	年度		年度		
	<input type="checkbox"/> あり (回 うち男性不妊治療 回) ⇒右欄を記入	年度		年度		
	<input type="checkbox"/> なし	年度		年度		
<input type="checkbox"/> なし	3. 今回は第2子以降のための不妊治療で、子の出生等の後、初めての申請である。	子の出生日	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> はい(戸籍謄本または死産届(写)を添付) ⇒右欄を記入	(または、死産のあった日)	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> いいえ	年	月	日		
認知の意向	(事実婚夫婦のみ) 生まれた子は認知する意向である。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

助成金は(夫・妻)名義の下記口座へ振り込んでください。

振込先	フリガナ											
	口座名義											
	金融機関名					預金種別	普通・当座					
	本・支店名	本店・支店				口座番号						

この欄は保健所で使用しますので、記入しないでください。

受給者番号	助成回数	今年度 回目	<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 県独自助成	男性 不妊	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 単独
		通算 回目	<input type="checkbox"/> A、B、D、E	<input type="checkbox"/> それ以外		<input type="checkbox"/> 無	
初回治療時妻年齢	出生後初回治療時妻年齢	<input type="checkbox"/> 初回治療時40歳未満 → 43歳になるまで出生につき6回まで <input type="checkbox"/> 初回治療時40歳以上43歳未満 → 43歳になるまで出生につき3回まで					
自治体照会	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	過去の助成歴	(県) (年度 回) (年度 回)	(他県等) (年度 回) (年度 回)	(年度 回) (年度 回)	(年度 回) (年度 回)	
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 所得 <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> 他県助成	所得額 (年)	夫: 円	妻: 円	合計	円	
助成内容	治療費支払額 円	助成対象額 円	支給決定額 円	支給年度 年度	支給決定年月日 年 月 日		

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、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 | 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。

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。