

# 特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

## 記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒  電話 ( )	
住 所 <small>( 単身赴任等で 住所が異なる 場合記入 )</small>	〒  電話 ( )	
<p>過去に北海道または都府県、政令市もしくは中核市からこの助成金を受けたことがありますか。 (男性不妊治療分除く)</p> <p>・ない ・ある→過去 ( 回 ) 受けたことがある。 助成を受けた都道府縣市名 ( )</p> <p>(男性不妊治療分)</p> <p>・ない ・ある→過去 ( 回 ) 受けたことがある。 助成を受けた都道府縣市名 ( )</p> <p>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記載願います。 ※治療対象のこども毎の助成回数になりますので、以前に特定不妊治療の助成対象となった子の 氏名を記載して下さい。 氏名 ( )</p>		
申請者 氏 名	印	印
(夫及び妻が記名押印)		
<p>特定不妊治療費に係る助成状況について北海道が他の自治体へ照会すること、北海道特定不妊治療費助成事業助成金の交付状況について、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、特定不妊治療の実施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。</p>		
申請金額 (男性不妊治療分除く)	金	円
申請金額 (男性不妊治療分)	金	円
申請金額 合 計	金	円
年 月 日	北海道 総合振興局長又は振興局長 様	
振込先金融機関の名称及び口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義 (注)
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	ふりがな ( )

※ 総合振興局又は振興局記載欄

起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

(注) 口座名義者が本申請に係る一切の権限を代表して行う方となります。

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、(社)日本産婦人科学会のデータベースを通じ、次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。

報告の意義をご理解いただき、同意していただきますようお願いいたします。

## 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) 妊娠・出産の状況
- (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

- (1) 患者(女性)の年齢
- (2) 生まれた子の状況

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、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。