

大津市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所 _____
 (口座名義人と同一) 氏 名 _____
 電 話 _____
 日中の連絡先(携帯) _____

大津市不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第10条第1項の規定により、助成金の交付について次のとおり申請します。

対象者		フリガナ 氏 名	生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
住 所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒		
過去に特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか(他自治体での助成を含む。) なし・あり	[あり]の場合、助成を受けた自治体・及びその助成回数を記入		
	自治体名	助成回数	
		()回	
		()回	
過去に男性不妊治療費の助成を受けたことがありますか(他自治体での助成を含む。) なし・あり	()回		
	()回		
過去に特定不妊治療費又は男性不妊治療費の助成を受けたことがある方のみお答えください。 この助成は、1子ごとに6回(又は3回)受けることができます。過去に助成を受けた後、出生し、又は妊娠12週以降の死産に至った場合、助成回数のリセットされます。リセットの対象ですか。 → 【 はい・いいえ 】			
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名
	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所・代理店
	預金種別	口座番号	口座名義人(申請者と同一)
	普通・当座		フリガナ 氏 名

*裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

私たちは、大津市不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金交付要件の確認のため、大津市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、及び他自治体に照会・回答することに同意します。

氏 名 夫 _____
 妻 _____

大津市処理欄

住 定 日	夫 妻	年 月 日 年 月 日	申請受付場所	<申請受付日>
住民票照会	要	不要	<input type="checkbox"/> 健康推進課 <input type="checkbox"/> 郵送 <input 4"="" type="checkbox/>()すこやか相談所
 (受付者:) </td> <td rowspan="/>	
婚姻年月日	年 月 日			
履歴(前市)照会	要	不要		
補助事業の経費所要額		金 円		
市交付 決定金額	男性不妊治療分			
	その他の分			
	合計	金 円		

<確認事項>

- 1 不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付状況について、本市が他自治体へ照会すること。
- 2 不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答する。
- 3 本市の住民であること(住民基本台帳に記録があること)。
- 4 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。

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・結果及び妊婦の経過について、厚生労働省への報告を求めています。

これを集計し分析することにより、厚生労働省は、不妊に悩む方への特定治療支援事業の結果を把握し、今後の不妊に悩む方への特定治療支援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、支援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、支援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 | |