

石川町長様

申請者

夫 ㊟

妻 ㊟

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。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	個人番号
夫	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
妻	()	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所1	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
住所2 <small>※夫婦の住所が異なる 場合にご記入ください</small>	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
過去における 申請の有無	1.有:()回		
	申請時期	福島県の助成額	石川町の助成額
	年度	円	円
	年度	円	円
	年度	円	円
	年度	円	円
2.無			
助成申請金額	(1) 特定不妊治療費助成申請金額 _____ 円 (2) 男性不妊治療費助成申請金額 _____ 円 合計助成申請金額 (1)+(2) _____ 円		
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	()	
同意欄	石川町特定不妊治療費助成申請書(本書)の審査にあたり、次について確認・照会することに同意します。 (夫) _____ ㊟ (妻) _____ ㊟ (同意できないものは=で抹消してください) 1. 私の戸籍の内容 2. 私の住民基本台帳 3. 私の町税の納付状況 ※添付書類は、同意により省略(代用)出来る場合があります。		

※関係書類については裏面をご確認ください。

申請受理年月日		(承認・不承認)決定年月日	
		受給者番号	

(裏面)

添付書類

1. 石川町特定不妊治療費助成事業受診証明書(様式第2号)
2. 医療機関発行の診療費の領収書又は写し
3. 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
4. 住所を確認することができる書類
5. 町税の滞納がないことを確認することができる書類
6. 福島県特定不妊治療費助成事業決定通知書(該当する方のみ)

※ 助成の適正を判断するため、必要に応じ、下記の点について照会することがありますのでご了承ください。

- 受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。
- 福島県の特定不妊治療費助成状況について、疑義が生じた場合は、照会することがあります。

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・分析結果を提示し都道府県・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

(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

以前の受給暦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。