

### 愛媛県特定不妊治療費助成事業申請書

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。

なお、この申請の審査に必要となる場合は、助成状況を他の自治体へ照会及び情報提供することに同意します。

#### 記

|                                                                  |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|
|                                                                  | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                                                                 | 生 年 月 日                                                        |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 夫                                                                | ( )                                                                                                                                                                           | 年 月 日生<br>( 歳)                                                 |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 妻                                                                | ( )                                                                                                                                                                           | 年 月 日生<br>( 歳)                                                 |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 住 所 (※1)                                                         | 〒 電話 ( )                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 住 所 (※2)                                                         | 〒 電話 ( )                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 過去に自治体から受けた不妊治療費の助成(本県での助成を含む)                                   | <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことがある(過去 回、うち男性不妊分 回)                                                                                                                    |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
|                                                                  | 助成年度                                                                                                                                                                          | 年度                                                             | 年度                                                             | 年度                                                             | 年度                                                             |        |
|                                                                  | 助成を受けた都道府県(市)                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 愛媛県<br><input type="checkbox"/> 他県(市) | <input type="checkbox"/> 愛媛県<br><input type="checkbox"/> 他県(市) | <input type="checkbox"/> 愛媛県<br><input type="checkbox"/> 他県(市) | <input type="checkbox"/> 愛媛県<br><input type="checkbox"/> 他県(市) |        |
|                                                                  | 回 数                                                                                                                                                                           | 回                                                              | 回                                                              | 回                                                              | 回                                                              |        |
| <input type="checkbox"/> 他県(市)にチェックした場合はその自治体名 ( )<br>↳ *前住所 ( ) |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 今年度申請回数                                                          | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 申請者<br>氏 名 _____                                                 |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 申請額(男性不妊治療分除く)                                                   |                                                                                                                                                                               | 金                                                              | _____                                                          |                                                                |                                                                | 円      |
| 申請額(男性不妊治療分)                                                     |                                                                                                                                                                               | 金                                                              | _____                                                          |                                                                |                                                                | 円      |
| 申請額合計                                                            |                                                                                                                                                                               | 金                                                              | _____                                                          |                                                                |                                                                | 円      |
| 年 月 日                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 愛媛県知事 様                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |
| 振込先                                                              | 金融機関名                                                                                                                                                                         | 銀行<br>金庫<br>組合                                                 |                                                                |                                                                | 本店<br>支店<br>出張所                                                |        |
|                                                                  | 預金種別                                                                                                                                                                          | 普通<br>当座                                                       | (ふりがな)<br>口座名義人                                                | ( )                                                            |                                                                |        |
|                                                                  | 口座番号                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                | (左詰記入) |
| 申請受理年月日                                                          | 年 月 日                                                                                                                                                                         | (承認・不承認)<br>決定年月日                                              |                                                                |                                                                | 年 月 日                                                          |        |
| 受給者番号                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                |                                                                |                                                                |        |

(注) 太枠の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。 ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入してください。(添付書類)

1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書
2. 法律婚又は事実婚であることを証明できる書類(戸籍謄本等)
3. 口座振替申込書兼債権者登録票
4. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
5. 特定不妊治療費助成金請求書
6. [希望者のみ] 助成回数のリセットの適用となる事実を証明できる書類

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、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・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、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、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

- (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

---

以前の受給履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限られています。

転入された方は、以前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、プライバシーには厳守します。