

様式第5号（第18条の4関係）

名張市特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書
（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用）

年 月 日

名張市長 宛て

関係資料を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。
名張市長が、この申請の審査に当たって、私（下記の夫及びその妻をいいます。以下同じです。）の世帯情報を確認するために、住民票に記載されている情報を利用し、及び私の過去の不妊治療費に係る助成の受給状況について他の自治体又は医療機関へ照会することに同意します。
また、名張市長が私に対する交付決定の情報を他の自治体へ提供することについても同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日生 (歳)	
妻	()	年 月 日生 (歳)	
住所 (※1)	〒	電話 ()	携帯 ()
住所 (※2)	〒	電話 ()	携帯 ()
以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。 ☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数を終了しました。 ☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数、保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療費助成事業利用回数とを合わせて通算8回以内である。			
申請金額		円	
受付年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		受付者	
(注) 太枠の中を記入してください。 ※1：夫の住所を記入する。 ※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。		助成額	

- (添付書類)

 - 保険適用終了後の特定不妊治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
 - 医療機関発行の領収書(原本)
 - その他市長が必要と認める書類
- (事実婚の場合)

 - 夫婦双方の戸籍謄本
 - 出生した場合の子の認知に関する意向書
 - 事実婚に関する申立書(別世帯に属する場合)

名張市特定不妊治療費助成金請求書（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用）

年 月 日

請求者 印

(下記の口座名義人と同じ方が請求してください。)

交付決定された名張市特定不妊治療費助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支 店	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください。)			
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座				
ゆうちょ銀行	店 番	預金種目	番 号(右づめでご記入ください。)			
貯金通帳の見開き下に記載された振込口座の店番・番号を記入してください。		普通 当座				
(フリガナ)	*必ず記入してください。					
口座名義人						

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・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、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、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。