

特定不妊治療費助成申請書

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)
妻	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話	
※1 住 所	〒 電話	
申 請 者 氏 名	特定不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 印	申 請 者 以外 の 者 の 氏 名 印 代表者以外の夫または妻
申請金額	(男性不妊治療分除く) (男性不妊治療分) 合 計	金 円 金 円 金 円
平成 年 月 日		
<p>助成の適否を決定するために必要な場合は、函館市以外の地方公共団体に対してこの申請に係る情報を照会し、または提供し、および医療機関に対して治療内容等を照会することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">函 館 市 長 様</p>		
振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先銀行等の名称	口 座 番 号	口 座 名 義
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	ふりがな()
過去の助成の有無	過去に函館市または都道府県、政令市もしくは他の中核市から治療に係る治療を受けたことがありますか。	
・無	・有 回 (自治体名: 助成時期:平成 年 月)	
<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入願います。 ※治療対象の子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対象となった子の氏名を記載してください。 氏 名 ()</p>		
(太枠の中をご記入ください)		
※2 起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
受給者番号		
受給者番号		
受給者番号		

※1は、単身赴任等で住所が異なる場合に記入してください。

※2は、記入しないでください。

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（以下「学会」という。）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、指定都市および中核市に対し、集計、分析結果を提供し、都道府県、指定都市および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、学会のデータベースを通じ、下記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、全国の患者様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。]

I 治療から妊娠まで

- (1) 患者様（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