

### 長野県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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。

また、長野県が特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

夫	(ふりがな) 氏名	( ) 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) 電話								
妻	(ふりがな) 氏名	( ) 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) 電話								
住所(※1)	〒 _____									
住所(※2)	〒 _____									
1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚										
2 過去にこの助成を受けたことがありますか。*他自治体(都道府県・指定都市・中核市)での助成を含みます。 <input type="checkbox"/> ある 今までに受けた回数は _____ 回、うち男性不妊治療 _____ 回 助成を受けた自治体名 ( ) <input type="checkbox"/> ない										
3 出産による助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい リセット対象となる出産歴(死産を含む)をご記入ください。 子の氏名: _____ 出生日:平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠12週以降の死産 平成・令和 _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> いいえ										
4 婚姻(事実婚を含む)後、転居したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <small>ご記入ください</small> → <table border="1"><thead><tr><th>転居時期(年月)</th><th>住 所</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <input type="checkbox"/> ない			転居時期(年月)	住 所						
転居時期(年月)	住 所									
申請内容	申請額(男性不妊治療分を除く) 金 _____ 円 申請額(男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請額合計 金 _____ 円									
年 月 日 長野県知事 様										
振込先 (※3)	貯金種別	普通 口座名義人								
	金融機関名	銀行・金庫・農協 口座番号(左詰記入)								
	店名	本店・支店・出張所								

ここより下は保健所が使用しますので、記入しないでください。

申請受理年月日	決定年月日	受給者番号
	(承認・不承認)	

(注1) 太枠の中を記入し、該当する口をチェックしてください。

(注2) 初回(1回目)として助成を受けた治療よりも前に終了していた治療を、後から申請することはできません。ご注意ください

※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等夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3 振込先は、申請者のいずれか一方の口座名義を記入してください。

【裏面も必ずお読みください】

(裏面)

＜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・分析結果を提供し、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、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。〕	
(1) 特定不妊治療を受けた者(女性)の年齢	(2) 不妊の原因
(3) 特定不妊治療の内容及び妊娠の有無	(4) 妊娠・出産までの状況
(5) 出生児の状況	

＜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まっています。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。

＜最後にもう一度、添付書類の確認をお願いします＞

ご不明な点は、最寄りの保健所にお問い合わせください。

	申請に必要なもの	出産による助成回数 リセットの場合	事実婚の場合	年齢特例の適用を受けている場合
申請書(様式第1号)	○	○	○	○
受診等証明書【様式は下記参照】	○	○	○	○
助成対象経費に係る領収書の原本	○	○	○	○
夫及び妻の住民票の写し	○**	夫・妻・出生した子の住民票**	○	○
夫及び妻の戸籍謄本	○*	夫・妻・出生した子の戸籍謄本*	○	○
その他		死産の場合は、死産届の写しや 死産した子の母子健康手帳等*	事実婚関係に関する申 立書(様式第4号)	夫及び妻の所得額 を証明する書類

\* 通算2回目以降の申請の場合、省略可能

\*\* 記載事項に変更がない場合、同一年度内の2回目以降の申請では省略可能

【受診等証明書の様式】(女性が指定医療機関で治療を実施していること)

男性不妊治療の終了日	男性不妊治療の内容	様式第2号	様式第3号
令和3年6月30日まで	治療は指定医療機関に限らない	○	
令和3年7月1日以降	男性不妊治療を伴わない治療	○	
	女性と同一の指定医療機関で実施した治療	○	
	女性と別の指定医療機関で実施した治療	○(女性) 及び ○(男性)	
	採卵準備前に実施したが精子が得られない等の場合		○