

福井市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成金を申請します。

夫	ふりがな 氏名	生年月日	昭・平	年	月	日(歳)
妻	ふりがな 氏名	生年月日	昭・平	年	月	日(歳)
住所	(〒 -) 電話番号 ()					
	※夫婦の住所が (〒 -) 異なる場合は記入					
日中の連絡先		() ○夫 ○妻 ○その他()				
過去にこの助成金を受けたことがあるか。		助成金を受けた自治体名		通算回数		
①あり ②なし		福井市 福井県 都道府県・政令指定都市・中核市 都道府県・政令指定都市・中核市	回回回回		
申請者氏名(口座名義人と同じ) 氏名 _____ 印						
申請額合計 金 _____ 円						
(申請額(男性不妊治療費分を除く) 金 _____ 円 本人負担額(男性不妊を除く)金 _____ 円) (申請額(男性不妊治療分) 金 _____ 円 本人負担額(男性不妊治療分)金 _____ 円)						
年 月 日 (宛先)福井市長						
振込先	金融機関名	銀行・農協		本店		
	預金種別	普通	(フリガナ)	()		
		当座	口座名義人			
口座番号	(左詰記入)					

捨印

同意書

福井市以外の自治体に対し、申請(助成)に関する情報を照会及び提供すること、並びに医療機関に対し治療内容等を照会することについて同意します。

また、助成金の申請にあたり、交付決定の審査に必要な申請者(夫婦)の住民情報及び税情報(賦課基準日において福井市に住民登録がある場合)を調査することに同意します。

夫 氏名	印	妻 氏名	印
------	---	------	---

【市記入欄】

決定	(承認・不承認)	夫婦合計所得	初回治療開始時年齢	今年度	回目	受付印	
年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 730万円以下	39↓・40↑	通算	回目・通算年度		年目
男性不妊	有・無	初回・回目		合計	円		
助成額	国 円	県単 円	市単 円				
【添付書類確認欄】 <input type="checkbox"/> ① 特定不妊治療受診等証明書(兼実績報告書)／精巣内精子採取術受診等証明書 <input type="checkbox"/> ② 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書(原本) ※以下は、必要な方のみ <input type="checkbox"/> ③ 申請者及び配偶者の所得証明書(課税・非課税証明書) <input type="checkbox"/> ④ 戸籍全部事項証明(戸籍謄本) <input type="checkbox"/> ⑤ 世帯全員の住民票(続柄記載、マイナンバー記載不要)							

裏面あり

(裏)

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、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。

<申請先・お問合せ先>

福井市保健所 保健支援室

〒918-8004 福井市西木田2丁目8-8

TEL:0776-33-5185