

大分県特定不妊治療費等助成金給付申請書

下記のとおり、大分県不妊治療費等助成金の給付を受けたいので、大分県特定不妊治療費等助成金給付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記			
夫	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日 (歳) <small>※年齢は今回治療開始時の年齢を記入</small>
		個 人 番 号※4	
妻	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日 (歳) <small>※年齢は今回治療開始時の年齢を記入</small>
		個 人 番 号※4	
住所（※1）	〒 (-)		申請年 1/1 時点の 住民票所在地（県 市町村名）（※5）
			電話番号
住所（※2）	〒 (-)		申請年 1/1 時点の 住民票所在地（県 市町村名）（※5）
			電話番号
申請者氏名		配偶者氏名	
_____ ㊞		_____ ㊞	
夫及び妻が記名押印（※3）			
申請金額	うち、手術的精子回収術 に係る申請額		
金 _____ 円	金 _____ 円		
年 月 日	大分県知事		殿
他の都道府県、指定都市及び中核市における 過去の不妊治療費助成の有無	有 ・ 無	過去に助成を受けた都道府県名	
婚姻年月日	年 月 日	初回助成時の妻の治療開始年齢	歳

- ※1 夫婦の住所を記入してください。
- ※2 夫婦の住所が異なる場合（単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合）に記入してください。
- ※3 夫婦別々の印鑑を使用してください。
- ※4 個人番号の記入がない場合は、夫及び妻の住所が確認できる書類（住民票の写しなど）や前年の所得額が確認できる書類（所得額・税額証明書など）の提出が必要となります。
- ※5 申請年1月1日時点の住民票所在地が現住所と異なる場合に記入してください。

地方税関係情報の照会に係る同意確認欄

下記の者は、大分県が行う「大分県特定不妊治療費等助成金給付要綱」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

	ふりがな
	氏名 ※同意する場合自署
申請者	
配偶者	

※地方税関係情報の照会に同意する場合は、氏名欄に自ら署名すること。
 ※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。

（添付書類）

1. 医療実施証明書（第2号様式）（以下2、3の額を合算した額で証明すること）
2. 手術的精子回収術実施証明書（第2-2号様式）
※特定不妊治療実施時に手術的精子回収術を併せて実施した場合
3. 薬剤内訳証明書（第3号様式）※院外処方による投薬がある場合で領収書等に薬剤内訳がない場合
4. 法律上の夫婦であること等を証明する書類
※戸籍謄（抄）本等
5. 大分県不妊治療費等助成金給付申請に係る同意書（第4号様式）
6. 県外居住についての申立書（第5-1号様式）
※夫婦のいずれか一方が県外に居住している場合
7. 大分市居住についての申立書（第5-2号様式）
※夫婦のいずれか一方が大分市に居住している場合
8. 申請治療に係る病院等の領収書のコピー
9. 必要に応じて、その他の書類を求めることがあります。

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・政令市・中核市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令市・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

助成額一覧	
治療内容	助成額上限
新鮮胚移植（ステージA）	300,000
採卵を伴う凍結胚移植（ステージB）	390,000
凍結胚移植（ステージC）	75,000
採卵後移植（受精）できず（ステージD, E）	150,000 (初回 300,000)
採卵したが卵が得られない（ステージF）	75,000
手術的精子回収術	150,000 (初回 300,000)

保健所記入欄			
申請受理年 月日	年 月 日	(給付・不給付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		給付決定額	
番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		申請者身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真貼付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他 ()	