

# 川口市不妊治療費助成事業 助成金申請書兼請求書

(あて先) 川口市長

年 月 日

川口市不妊治療費助成事業における助成金を申請します。

また、不妊治療費助成事業による助成金の助成状況、治療内容について他自治体や指定医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (原則市内在住者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			( ) 歳
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 - - *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			( ) 歳
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 - - *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
申請額	申請するものに <input checked="" type="checkbox"/> 、申請金額記入 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療(男性不妊治療除く)( )円 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療( )円 <u>申請額合計( )円(不妊治療実施証明書記載の金額をご記入ください。)</u>			
添付書類	添付したものに <input checked="" type="checkbox"/> 、必要事項記入 <input type="checkbox"/> 不妊治療実施証明書 <input type="checkbox"/> 治療費領収書原本 <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 振込希望口座の通帳コピー <input type="checkbox"/> 住民票(夫婦どちらかが川口市民でない場合必要です。) <input type="checkbox"/> その他( )			
過去の助成歴	助成金申請状況(該当に <input checked="" type="checkbox"/> 、必要事項記入)			
	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 (他自治体での助成を含みます)	<input type="checkbox"/> あり(通算 回) <input type="checkbox"/> なし	1. 川口市での助成歴の有無、回数	( 年度 回)( 年度 回) <input type="checkbox"/> あり( 回) <input type="checkbox"/> なし( 年度 回)
			2. 他の自治体(都道府県、指定都市、中核市)での助成歴の有無、回数	( 年度 自治体名) ( 年度 自治体名) ( 年度 自治体名) <input type="checkbox"/> あり( 回) <input type="checkbox"/> なし( 年度 自治体名)
			3. 前回申請以後の出生または妊娠12週以降の死産	<input type="checkbox"/> 出生(出生日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠12週以降の死産 (死産日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(確認ができる書類の提出が必要です。)
	<input type="checkbox"/> なし			

金融機関名 (申請者の口座を書いてください。)	銀行 農協 信用金庫	金融機関コード						
種別	1:普通 2:当座	店名	本店 支店 出張所	店コード				
ふりがな		口座番号						
口座名義人(申請者)								
請求額(※記入不要です)								円

※申請者以外の口座に振り込む時には、別途委任状が必要になります。下の欄は職員で使用しますので、記入しないでください。

助成回数	今年度 回目、通算 回目	<input type="checkbox"/> 早期不妊治療 <input type="checkbox"/> 初回A、B、D、E <input type="checkbox"/> 初回C、F <input type="checkbox"/> 男性不妊治療(□単独)						
初回治療時妻年齢( 回目) 歳(□35歳未満)	出生または死産後 初回治療時妻年齢( 回目) 歳	<input type="checkbox"/> 初回治療時40歳未満→43歳になるまで出生につき6回まで <input type="checkbox"/> 初回治療時40歳以上43歳未満→43歳になるまで出生につき3回まで						
	自治体照会	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	過去の助成歴	(市) ( 年度 回)( 年度 回)( 年度 回)	(他市等) ( 年度 回)( 年度 回)( 年度 回)			
要件	<input type="checkbox"/> 法律婚(□事実婚) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> 他市等助成							
助成内容	治療費支払額 円	助成対象額 円	支給決定額 円	支給年度 年度	支給決定年月日 年 月 日			

## 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

厚生労働省への報告は、各医療機関が、下欄の項目を統計情報として、日本産科婦人科学会のデータベースを通じ、行われます。

厚生労働省による行政への提供は、個人名の記載のない、統計的に集計された内容となっています。そのため行政は、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、個人が特定されることはなく、プライバシーが厳守されます。

#### 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      | II 妊娠から出産まで  |
| (1) 患者（女性）の年齢   | (4) 妊娠・出産の状況 |
| (2) 不妊の原因       | (5) 生まれた子の状況 |
| (3) 治療の内容、妊娠の有無 |              |

---

#### 以前の助成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夫婦あたりの助成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、この助成金申請以前の助成状況を確認することがありますので、ご了承願います。また、転出された方は、転出先の自治体より、川口市での助成状況を確認されることがありますので、ご了承のほどお願い申し上げます。

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。