

西宮市特定不妊治療費助成事業申請書

治療開始時より継続して法律上の婚姻関係にあるため、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、裏面に掲げる「説明書」について同意します。
 記

(夫妻が自署 別々の印鑑押印)	申	(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	() 印	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	妻	() 印	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 西宮市 電話 ()	
	住所	〒 電話 ()	

過去にこの助成金を受けたことがありますか (西宮市以外での申請を含む)

ない

ある : 過去()回受けた 前回申請: 年 月 申請した自治体: _____

<転入前の住所>

入籍日以降に西宮市に転入された場合は、転入年月日と転入前の住所をお書きください。

転入年月: 平成 年 月 前住所: _____

申請額
(男性不妊治療分除く)

① 金 _____ 円 ※訂正印不可
(ABDE:上限 15 万円・初回のみ 30 万円。CF:上限 7.5 万円)

申請額
(男性不妊治療分)

② 金 _____ 円 ※訂正印不可
(上限 15 万円)

申請額合計 ①+② 金 _____ 円 ※訂正印不可

平成 年 月 日

西宮市長 様

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号					(左詰記入)	

申請受理年月日 年 月 日 (承認・不承認) 決定年月日 年 月 日

受給者番号 初回年齢 39 歳以下・40 歳以上

依 頼 書

西宮市長 様

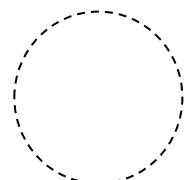
私たち夫婦は特定不妊治療費の助成申請にかかる、次に掲げる事項の調査を依頼します

- ・ 西宮市に居住する法律上の夫婦であること(住民基本台帳等による確認)
- ・ 夫婦それぞれの所得額(住民税課税資料等による確認)

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

受付印



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、厚生労働省への報告を求めています。

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

患者さんが報告に同意した場合、各医療機関から、下欄の項目について、(社)日本産科婦人科学会のデータベースを通じ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 | 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 | |

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及び
治療方法について医療機関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、一夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。入籍日以降に他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、夫婦のどちらか一方が西宮市外にお住まいの場合はその自治体へ、この助成歴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。

また助成金の対象となる治療範囲も決められております。医療機関に、治療方法等について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、プライバシーは遵守します。