

【注意事項】 申請期限は令和5年6月30日(金)です。(それ以降は受付できません。) ※郵送の場合は、6月30日消印有効となります。

茨城県不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

保健所長 殿

標記補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

代表申請者	(フリガナ)氏名	() (夫・妻)					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	()	歳
	住所	〒					
	電話番号						
申請者	(フリガナ)氏名	() (夫・妻)					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	()	歳
	住所	〒					
	電話番号						
申請額 (男性不妊治療分除く)		金					円
申請額 (男性不妊治療分)		金					円
申請額合計		金					円
(助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額) ※領収書・明細書を添付							
代表申請者振込先	金融機関名				銀行	本店	
					金庫	支店	
					農協	出張所	
	預金種別	普通当座	(フリガナ)口座名義	()			
	口座番号						(左詰記入)
過去に、茨城県又は他の都道府県・指定都市・中核市でこの補助金(男性不妊治療分を含む)を受けたことがありますか ない・ある → 過去()回受けた 【男性不妊治療分】 ない・ある 補助金を受けた自治体名()							

保健所 使用欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	申請者番号		今回治療開始時妻年齢:	歳(43歳以上は対象外)
	初回治療開始時妻年齢:	歳	<input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで <input type="checkbox"/> 40歳~42歳→通算3回まで	これまでにリセットした場合の状況
	他自治体照会:	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	申請回数:	通算 回目(うち他自治体分 回)
	助成 特定不妊治療:	<input type="checkbox"/> A、B、D、E(30万円) <input type="checkbox"/> C、F(10万円)		
	上限額 男性不妊治療:	<input type="checkbox"/> 1回の申請(30万円) <input type="checkbox"/> 無		
	提出書類省略 ・ <input type="checkbox"/> 戸籍省略有(2回目以降法律婚) <input type="checkbox"/> 戸籍省略無(初回申請、事実婚、夫婦別居)			

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、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、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。