

綾川町長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

綾川町特定不妊治療助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |                        |               |       |    |
|--|--|------------------------|---------------|-------|----|
| 助成対象者  | ふりがな<br>夫氏名  |                        | 年 月 日 生 ( ) 歳 |       |    |
|  | ふりがな<br>妻氏名  |                        | 年 月 日 生 ( ) 歳 |       |    |
|  | 住所※1   | 〒 _____ 電話番号 ( ) _____ |               |       |    |
|  | 住所※2   | 〒 _____ 電話番号 ( ) _____ |               |       |    |
| 助成申請額  |  | 申請額（男性不妊治療分を除く）        | 金 _____ 円     |       |    |
|  |  | 申請額（男性不妊治療分）           | 金 _____ 円     |       |    |
|  |  | 申請額合計                  | 金 _____ 円     |       |    |
| 過去に自治体から受けた特定不妊治療の助成の有無(県の助成を含む。)  | <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない。<br><input type="checkbox"/> 過去に特定不妊治療費の助成を受けたことがある。<br>受けたことがある場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入してください。 |                        |               |       |    |
|  | 都道府県・指定都市・中核市  |                        |               | 市区町村  |    |
|  | 都道府県名  | 時期                     | 金額            | 市区町村名 | 金額 |
|  |  | 年 月                    | 円             |       | 円  |
|  |  | 年 月                    | 円             |       | 円  |
|  |  | 年 月                    | 円             |       | 円  |
|  |  | 年 月                    | 円             |       | 円  |
|  |  | 年 月                    | 円             |       | 円  |
| <p><u>同意書</u></p> 綾川町特定不妊治療費助成事業の助成の可否についての判断に必要な一切の綾川町の調査等（他の自治体への照会及び他の自治体からの照会に応じることを含む。）に同意します。 <p>夫氏名 _____ 印      妻氏名 _____ 印</p> <p>※ 夫及び妻がそれぞれ自署または記名押印。</p> |  |                        |               |       |    |

※1 夫婦の住所を記入してください

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

## 【添付書類】

- ① 綾川町特定不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）  
※申請者は、夫又は妻のいずれでも可
- ② 特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）  
※指定医療機関で記入のこと
- ③ 夫婦の住所及び法律上の婚姻関係及び婚姻の日が証明できる書類（戸籍謄本、住民票の写し等）  

|          |  |
|----------|--|
| 初回申請時    | 夫婦の戸籍謄本（発行から3ヶ月以内の原本）                                  |
| 2回目以降の申請 | 夫婦の戸籍謄本または夫婦の住民票の写し（発行から3ヶ月以内の原本で個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） |

  - ・夫または妻が世帯主の場合…世帯主名・続柄・前住所地記載の住民票
  - ・夫または妻が世帯主でない場合…本籍記載の住民票
  - ・単身赴任等で別居の場合…夫婦の住民票と戸籍謄本
- ④ 夫及び妻の所得を証明する書類（市町村の発行する所得証明書等）  
※前年（1月から5月までの申請については前々年）の所得を証明するもの
- ⑤ 町税を完納していることを証明する書類（滞納がない証明書等）
- ⑥ 指定医療機関が発行した特定不妊治療費（保険外診療）に要した費用の領収書等  
※原則、医療機関発行の領収書の原本を添付。原本は複写の上返却します。  
費用の内訳が記載されていない場合、内訳が記載されている請求明細書等を添付してください。
- ⑦ 香川県特定不妊治療費助成決定通知書の写し  
※⑦を添付の場合、③と④は添付不要
- ⑧ 綾川町特定不妊治療費助成事業【助成金請求書】（様式第5号）

### 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・政令市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令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

