

石川県特定不妊治療費助成金申請書

特定

- 1 石川県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、金沢市及び他の都道府県（指定都市、中核市を含む。）の助成を受けません。

|   |                  |             |                           |        |
|---|------------------|-------------|---------------------------|--------|
|   | (ふりがな)<br>氏名     | 生年月日        |                           |        |
| 夫   | ( )              | 年 月 日生 ( 歳) |                           |        |
| 妻   | ( )              | 年 月 日生 ( 歳) |                           |        |
| 住所(※1)  | 〒                | 電話 ( )      |                           |        |
| 住所(※2)  | 〒                | 電話 ( )      |                           |        |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか<br>(男性不妊治療分除く)<br>ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた 都道府県<br>助成金を受けた自治体は ( 当県 ・ 市 ) |                  |             |                           |        |
| (男性不妊治療分)<br>ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた 都道府県<br>助成金を受けた自治体は ( 当県 ・ 市 )                           |                  |             |                           |        |
| 申請者氏名<br>_____  |                  |             |                           |        |
| 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                         |        |
| 令和 年 月 日  |                  |             |                           |        |
| 石川県知事 様   |                  |             |                           |        |
| 振<br>込<br>先   | 金融機関名            | 銀行・金庫・農協    |                           | 店      |
|   | 預金種別<br>(どちらかに○) | 普通<br>当座    | (ふりがな)<br>口座名義人 (夫婦のどちらか) | ( )    |
|   | 口座番号             |             |                           | (左詰記入) |

注) 太枠の中をご記入ください。 県使用欄 対象治療費 円 助成決定額 円

- ※1：夫婦の住所を記入。  
 ※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入。  
 (注意事項)

- 1 必要に応じて、内容確認等を行うことがありますので、日中の連絡先を記入願います。
- 2 下記書類を添付の上、最寄りの県保健福祉センター又は、地域センターに申請してください。
- 3 郵送での申請を希望する方は、記入漏れ、書類不備のないように十分注意してください(書類の紛失等の恐れがありますので、簡易書留等で郵送願います)。
- 4 治療が終了した日の属する年度内に申請してください(年度とは、4月1日から翌年3月31日まで)。  
(添付書類：個人番号(マイナンバー)の記載のないものをご用意ください)
- 1 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- 2 特定不妊治療受診等証明書(男性不妊治療用)(様式第3号)※該当する場合のみ
- 3 夫婦の住所を確認できる書類(住民票)
- 4 夫婦であること(婚姻日がわかるもの)を証明する書類(戸籍謄本)※事実婚関係にある夫婦は別途申立書を添付
- 5 夫婦の前年の所得(前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)を証明する書類(市町が発行する所得証明書「所得控除の内訳」が記載されたもの)※令和2年度分として申請する場合
- 6 指定医療機関が発行した不妊治療費の明細が記載された領収書

# 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、行われた治療の成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、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。