

（宛先）高松市長

申請者 住所
（口座名義人と同一）
氏 名

印

高松市特定不妊治療費助成金交付申請書

高松市特定不妊治療費助成事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫 氏 名	昭 和 年 月 日生 平成 (歳)
ふりがな 妻 氏 名	昭 和 年 月 日生 平成 (歳)
住 所 (※ 1)	〒 電話 ()
住 所 (※ 2)	〒 電話 ()
交付申請の額	金 円
	(うち、男性不妊治療分を除いた額 金 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 円)
過去の助成の有無 (該当する□に✓を 付け、該当箇所にご記入 ください。)	過去に高松市又はほかの都道府県・指定都市・中核市により、特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。 ・男性不妊治療分を除く治療への助成 → □ない、□ある（自治体名 _____、助成時期 年 月、助成金額 円） ・男性不妊治療分への助成 → □ない、□ある（自治体名 _____、助成時期 年 月、助成金額 円）
私たち夫婦に関して次の確認行為が高松市によってなされることに同意します。 (1) 私たち夫婦の住民票情報及び所得情報並びに私たち夫婦に課された高松市の市税の納付状況の確認 (2) 私たち夫婦が平成16年4月1日後に高松市に転入している場合は、同日又は婚姻の日のいずれか遅い日から高松市に転入するまでの間における都道府県、指定都市又は中核市による特定不妊治療費助成を受けたかどうかの確認 (3) 私たち夫婦のいずれかが高松市に住所を有しない場合は、平成16年4月1日又は婚姻の日のいずれか遅い日から現在までの間における都道府県、指定都市又は中核市による特定不妊治療費助成を受けたかどうかの確認 (4) 医療機関に対する治療内容等の照会 夫氏名 印 妻氏名 印	

(※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)

- 高松市特定不妊治療受診等証明書（様式第8号）
- 指定医療機関発行の領収書（領収書により治療内容が確認できない場合は、治療明細書等の治療内容の分かる書類を含む。）
- 戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る。）（コピー不可）
 - 高松市において初めて特定不妊治療費助成金の交付を申請する場合
 - 夫婦が別世帯の場合
- 夫婦いずれか一方が高松市以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し（コピー不可）
- この申請の前年（1月から5月までにこの申請をするときは、前々年）の夫及び妻の所得額を証明する書類（転入等により高松市に申告がない者に限る。）（コピー不可）

※3、4、5（所得課税証明書に限る。）については、申請の前日3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

※ この欄は記入しないでください。

初回申請時 の妻の年齢	歳	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	決定年月日	交付・不交付

(裏)

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・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夫婦当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御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

（宛先）高松市長

記入例

年 月 日

申請者 住所 **高松市桜町1丁目9番12号**
（口座名義人と同一）

氏名 **高松 太郎** ⑩

高松市特定不妊治療費助成金交付申請書

ここに押した印鑑を申請時にお持ちください。

高松市特定不妊治療費助成事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名	たかまつ たろう 高松 太郎	昭和 年 月 日生 平成 (歳)
ふりがな 妻氏名	たかまつ はなこ 高松 花子	昭和 年 月 日生 平成 (歳)
住 所 (※1)	〒 760-0074 高松市桜町1丁目9番12号 電話 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
住 所 (※2)	〒 電話	
交付申請の額	申請額の欄は空けたままお持ちください。 金 円	できるだけ平日の昼間に連絡のつく電話番号を記入してください。
過去の助成の有無 (該当する□に✓を付け、該当箇所にご記入ください。)	(うち、男性不妊治療分を除いた額 金 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 円) 過去に高松市又はほかの都道府県・指定都市・中核市により、特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。 ・男性不妊治療分を除く治療への助成 → □ない、 <input checked="" type="checkbox"/> ある(自治体名 <u>〇〇市</u> 、助成時期 H30 年 11 月、助成金額 30万 円) ・男性不妊治療分への助成 → <input checked="" type="checkbox"/> ない、□ある(自治体名 _____、助成時期 _____ 年 _____ 月、助成金額 _____ 円)	
私たち夫婦に関して次の確認行為が高松市によってなされることに同意します。 (1) 私たち夫婦の住民票情報及び所得情報並びに私たち夫婦に課された高松市の市税の納付状況の確認 (2) 私たち夫婦が平成16年4月1日後に高松市に転入している場合は、同日又は婚姻の日のいずれか遅い日から高松市に転入するまでの間における都道府県、指定都市又は中核市による特定不妊治療費助成を受けたかどうかの確認 (3) 私たち夫婦のいずれかが高松市に住所を有しない場合は、平成16年4月1日又は婚姻の日のいずれか遅い日から現在までの間における都道府県、指定都市又は中核市による特定不妊治療費助成を受けたかどうかの確認 (4) 医療機関に対する治療内容等の照会 夫氏名 高松 太郎 ⑩ 妻氏名 高松 花子 ⑩		

(※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)

- 高松市特定不妊治療受診等証明書（様式第8号）
- 指定医療機関発行の領収書（領収書により治療内容が確認できない場合は、治療明細書等の治療内容の分かる書類を含む。）
- 戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る。）（コピー不可）
 - 高松市において初めて特定不妊治療費助成金の交付を申請する場合
 - 夫婦が別世帯の場合
- 夫婦いずれか一方が高松市以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し（コピー不可）
- この申請の前年（1月から5月までにこの申請をするときは、前々年）の夫及び妻の所得額を証明する書類（転入等により高松市に申告がない者に限る。）（コピー不可）

※3、4、5（所得課税証明書に限る。）については、申請の日前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

※ この欄は記入しないでください。

初回申請時の妻の年齢	歳	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	決定年月日	交付・不交付
------------	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	--------