

様式第4（第6条関係）

（表）

鹿児島市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第6条の規定により、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。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
	氏名		及び年齢	※証明書の治療開始日の年齢
	住所	〒 電話（ ）		
事実婚（夫・妻） （申請者との続柄）	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
	氏名		及び年齢	※証明書の治療開始日の年齢
	住所	〒 電話（ ）		
申請金額		男性不妊治療分除く 金 _____ 円 男性不妊治療分 金 _____ 円 合計 金 _____ 円		

私は、今回の申請において、下記の点に同意いたします。

- 助成の適否を判断するために必要な場合は、鹿児島市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会
- 医療機関に対する夫婦の特定不妊治療の内容の照会
- 夫婦の居住状況についての確認

令和 年 月 日

申請者氏名

（署名又は記名押印）

助成実績	男性不妊治療分除く	過去の助成実績（有・無）※他の自治体も含む。			今回の申請	通算年数（ ）年目
		回数リセット（有・無）				今年度（ ）回目
		初年度 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）	通算回数（ ）回目			
		2年目 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）	※初回の年齢 39歳以下 ・ 40歳以上			
		3年目 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）				
	男性不妊治療分	過去の助成実績（有・無）※他の自治体も含む			今回の申請	通算年数（ ）年目
		初年度 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）				今年度（ ）回目
		2年目 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）	通算回数（ ）回目			
		3年目 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）				
		4年目 年度 回 自治体名（鹿児島市・ ）				

振込口座申出欄	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人	※申請者名義の口座に限ります。		

申請受理年月日	令和 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	令和 年 月 日
受給者番号	助成決定額		円
出産等の日	平成・令和 年 月 日	今回の申請	第（ ）子目

## 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

### (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て厚生労働省に報告するよう協力を求めています。

厚生労働省は、この報告を集計し分析することにより、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業を一層充実していく上での参考とすることができます。また、行われた特定不妊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、指定都市及び中核市に対し、集計及び分析結果を提供することで、都道府県、指定都市及び中核市も助成事業の成果を把握し、その充実に役立てることができるようにしています。

### (2) 報告の内容及び方法

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、行政機関は全国の患者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。

#### 報告及び集計される項目

[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