

## 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、以前の保険診療回数等の確認のため、必要な範囲で、申請内容の確認のため、医療機関等へ照会することに同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日							
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)							
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)							
住所(※1)	〒	電話		( )					
		携帯		( )					
住所(※2)	〒	電話		( )					
		携帯		( )					
治療助成回数	・保険適用で実施した胚移植術実施回数 ( ) 回 ・保険適用終了後の特定不妊治療実施に係る助成回数 ( ) 回 ・PGT-Aを含む特定不妊治療実施に係る助成回数 ( ) 回								
以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が2回以上ある。もしくは、夫婦のいずれかに染色体構造異常(均衡型染色体転座等をいう)が確認されている。									
申請者氏名 _____ _____ * 以前の保険診療回数等について、医療機関に確認することを同意します。									
申 請 額                      金 _____ 円 年      月      日    伊賀市長様									
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	(ふりがな) 口座名義人		( )				
	口座番号								( 左詰記入)

注)太枠の中を記入してください。

※1:夫の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

(添付書類) 1. 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業受診証明書  
(医療機関の証明)

2. 医療機関発行の領収書及び診療明細書(原本)

3. 戸籍謄本(夫婦が別世帯の場合や事実婚の場合のみ)

4. 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合にあって、両人の住所が異なる場合)

5. 出生した場合の子の認知に関する意向書(事実婚の関係である場合)(任意様式)

(裏)

## 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出来ます。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出来ます。

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なっています。

### (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。