

生殖補助医療治療費補助金交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療治療費補助金を申請します。
 (別紙「治療の内容・結果等について行政等への報告を行うことに関する説明書」に同意します。)

記

		(ふりがな) 氏 名	生年月日	
申請者	夫		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
	妻		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 豊橋市 電話 — —			
住 所 <small>※夫婦の住所が異なる 場合に記入</small>	〒 電話 — —			
・生殖補助医療（採卵から移植に至る一連の治療）を受けたのは初めてですか。			□はい □いいえ	
申請額 _____ 円				
令和 年 月 日 豊橋市長 浅井由崇 様				
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	金融機関コード		支店コード	
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人	
	口座番号			(左詰めで記入してください)

※治療が終了した日から6カ月以内に申請してください。
 ※過去に特定不妊治療費や生殖補助医療治療費の補助を受けている場合は対象外です。

(事務使用欄)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
整理番号			

治療の内容・結果等について行政等への報告を行うことに関する説明書

1. 目的

豊橋市は、生殖補助医療の内容及び結果を集積し分析することにより、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業の制度の検討や行政等への報告の参考とさせていただきます。

2. 内容・方法

報告等には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、患者さんの状況について総計として把握することになります。個人が特定されることはありません。

報告・集計される項目

- (1) 患者（女性）の年齢
- (2) 治療の内容
- (3) 妊娠の有無