

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

大阪府知事様

申請年月日 平成 年 月 日

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。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・本申請書記載の「他の自治体での本事業の受給の状況」について、助成の適正を判断するために必要な場合は、大阪府が他の自治体へ照会することについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_ (申請者・配偶者それぞれ自署のこと)

注) 太枠の中をご記入ください。

		(ふりがな) 氏 名	生年月日及び年齢				備 考
氏 申 名 請 者 及 び 住 等 所 の	申請者 氏 名	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)				
	配偶者 氏 名	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)				
	申請者 住 所	〒	電話番号 自宅 携帯 ( )				
	配偶者 住 所	〒	電話番号 自宅 携帯 ( )				
他の自治体での本事業の受給の状況 1. 大阪府以外の、都道府県、政令指定都市(大阪、堺、神戸、京都各市等)及び中核市(高槻、東大阪、姫路、奈良、和歌山各市等)での不妊治療費助成の受給の有無 <u>あり</u> <u>なし</u> 2. 助成を受けた自治体名 東京都・北海道・京都府・ _____ 県・ _____ 市 (2箇所以上ある場合は、いずれにも をお付けください) 助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回)      助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回) 助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回)      助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回) 助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回)      助成を受けた時期 平成 _____ 年度 ( _____ 回) (助成を受けた回数分をご記入ください)							
金 申 額 請	金 _____ 円						
(申請者の口座に限ります) 振込口座申出欄	金融 機関名	銀行 金庫 農協		支店・ 出張所名		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座		(ふりがな) 口座名義人		( )	
	口座番号						左詰で記入してください。
申請受付保健所 日付印押印欄				受付保健所 (保健センター)名			受付保健所 進達欄

(添付書類) 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書      大阪府内に住所を有する証明書  
 裏面参照 法律上の夫婦であることを証する書類      申請者及び配偶者の所得額を証する書類  
 特定不妊治療に要した費用の領収書

## 申請書記載にあたっての留意事項

「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の利用の手引をご覧のうえ、記入してください。

- 申請者について
  - ・ この申請書を利用して申請できるのは、大阪府（大阪市、堺市、高槻市及び東大阪市を除く）に住所を有する方に限ります。
  - ・ 申請者となる方は、夫婦のうち夫でも妻でもかまいません、いずれかで申請してください。ただし、助成金の振込みができるのは、申請者名の口座のみです。（下記「振込口座申出欄について」参照）
  - ・ 同意欄は、申請者・配偶者それぞれが自署してください。
  - ・ 配偶者住所は、申請者と別に住所を有する方に限り記載してください。ただし、大阪府以外に住所を有する場合は、この申請はできません。
- 他の不妊治療費助成金の支給の有無について
  - ・ 他の地方自治体で実施する、本事業の助成金を受けられた方は、「あり」に、それ以外の方は「なし」をつけて下さい。
  - ・ 「あり」に つけた方は、助成を受けた自治体名、時期及びその年度における受給回数をご記入ください。
  - ・ ただし、大阪府池田市において実施する「ハッピーパス」事業による助成金は、「あり」の対象ではありません。
- 申請金額について
  - ・ 申請金額は、あなたが医療機関で支払った金額の範囲内でかつ 15 万円が上限です。15 万円未満の場合はその金額を、15 万円以上の場合は、150,000 とアラビア数字で正確に記入してください。ただし、治療費及び治療に付随する検査等の費用が対象となりますので、入院した場合の入院費・食事費、胚などを凍結した場合の管理料（保存料）、文書作成料などは対象金額に含めることはできません。
- 申請の対象となる治療について
  - ・ 体外受精または顕微授精を行うために治療を開始したものの、卵胞が発育しないなどの理由により採卵を行わずに治療を中止した場合は、この助成の対象にはなりません。
- 振込口座申出欄について
  - ・ 助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。（申請者以外の口座には振込みできません）
  - ・ 金融機関名、支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。預金種別、口座名義人のふりがなは必ず記載してください。
  - ・ 記入が不正確だったり、誤りがあつたりしますと振込みが遅れる場合がありますので間違いがないように注意してください。
- 添付書類は原則、一緒に提出してください。
  - ・ 「 受診等証明書」は、指定医療機関の主治医に記入してもらい提出してください。（文書作成時には、各医療機関が定める文書作成料が必要となる場合があります。）
  - ・ 「 住所を有する証明書」とは、住民票や外国人登録原票記載事項証明書です。「世帯主」、「世帯主との続柄」を明記された住民票等を取得されれば、「 法律上の夫婦であることを証する書類」と兼ねることができます。但し、夫もしくは妻が世帯主でない場合等は、夫婦関係を証することができないため、筆頭者記載の住民票もしくは戸籍抄本を添付してください。
  - ・ 「 申請者及び配偶者の所得額を証する書類」とは、住民税課税証明書、住民税特別徴収税額の決定通知書、住民税納税通知書の課税内訳（明細）のいずれかです。なお、源泉徴収票及び所得税確定申告書は利用できません、ご注意ください。  
なお、同じ年度内に 2 回目の申請をする場合、1 回目の申請を 6 月以降に行っている場合は、この所得額を証明する書類の提出を省略することができます。
  - ・ 「 特定不妊治療に要した費用の領収書」は、原本を提出してください。医療費の還付申告等で原本が必要な方は、お申し出下されば原本証明の上返却します。

申請書に虚偽の記載があった場合、助成金の返還を求めることがあります。

- 申請窓口は、申請者の住所地を管轄する府保健所です。
- その他、ご不明な点がございましたら、申請窓口にお問い合わせください。

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記のものについては、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の所在地  
及びその名称  
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に を付けてください。 (下記(注)を参照してください。)		左記でA~Eに をつけた場合、 1 体外受精      2 顕微授精 該当する記号に を付けてください。	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
今回の治療内容について記入してください。				
採卵日	平成	年	月	日 (上記C以外に をつけた場合に記載)
体外受精・顕微授精実施日	平成	年	月	日 (上記C及びF以外に をつけた場合に記載)
胚移植実施日	平成	年	月	日 (上記A~Cに をつけた場合に記載)
* 妊娠判定実施日 ( + - )	平成	年	月	日 (上記A~Cに をつけた場合に記載)
* 治療中断日	平成	年	月	日 (上記D~Fに をつけた場合に記載)
注) *印のいずれかが、治療終了日となります。				
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無	有	症例登録番号	_____ / 無 (日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。)	
今回の治療に要した費用の領収年月日				
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
領収金額合計				円

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 (採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注) 採卵に至らないケース (女性への侵襲的治療のないもの) は助成対象となりません。

裏面の記載の注意事項を参照ください。

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書記載にあたっての注意事項

- 年月日は、医師が証明書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
- 医療機関の名称は、大阪府知事に指定を受けた医療機関の名称を記載してください。
- 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
- 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。また、医師の押印は必ず必要です。
- この証明書は、大阪府が指定医療機関として指定した医療機関の、登録申請書に記載された医師のみが作成してください。また、医師の異動があった場合は、変更事項届出書を知事あて提出してください。
- 治療方法は、必ず記載してください。凍結胚を移植する場合も、体外受精か顕微授精のいずれによるものであったかを必ず記載してください。また、中断した場合もいずれの方法を予定していたかを記載してください。
- 今回の治療期間は、必ず記載して下さい。なお、治療期間の終期は、「治療が終わった日」または、「治療を中断した日」を記載してください。（\*印のいずれかの日となります。）
  - 「治療を開始した日」とは、採卵、採精、受精又は授精、胚移植までの一連の治療行為のうち具体的な治療行為に着手した日であると、医師が判断した日となります。但し、凍結胚を移植する場合など、授精と胚移植の間隔が長いときは、胚移植のための準備治療を開始したときを治療の開始した日として差し支えありません。
  - 「治療が終わった日」とは、原則として胚・胚盤胞の移植（ET）実施後、妊娠判定を行ったときが該当します。（日本産科婦人科学会に報告を行った際に得た症例登録番号を記載する必要がありますので、妊娠判定までとします。）
  - 「治療を中断した場合」とは、採卵を行ったものの卵が得られなかったとき、体外受精・顕微授精ができなかったとき、受精卵が分割を始めなかったとき、胚盤胞移植を予定していて胚の分割がとまったとき、胚分割のグレードが低く胚移植に適さないとき、若しくは母体保護など医師が治療を中断することが適切であると判断したときが該当します。  
なお、採卵ができなかった（女性への侵襲行為がなかった）ときは、本制度の対象にはなりませんので、ご注意ください。
- 今回の治療内容は、治療の日付を記載してください。  
なお、胚移植を目的としない採卵・採精及び胚の凍結は、本制度の対象ではありませんのでご注意ください。
- 治療内容について、一次的に行政が審査を行います。後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に治療内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
- 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無の欄には、治療内容及びその予後についての内容を日本産科婦人科学会に UMIN 個別調査票をもって登録した際の症例登録番号を記載してください。
- 領収年月日は、「今回の治療期間」に対する医療費の支払いを受けた年月日を記載してください。  
なお、医療費は、保険外診療費に限ります。また、精子・卵子・受精胚の凍結料は助成対象としませんが、凍結にかかる精子・卵子・受精胚の管理料（保存料）は助成対象になりません。また、入院費・食事代も助成対象となりません。
- 領収金額合計は、上記期間に支払いを受けた合計額を記載してください。なお、複数の診療科目を有する医療機関で、特定不妊治療とまったく関係がない医療行為の分は除いて記載してもかまいません。

申請者の申請期限は、「治療が終了した日の属する年度の末日」もしくは、「治療が終了した日から14日以内」の「いずれか遅い日」です。

【問合せ先】〒540 - 8570 大阪府中央区大手前2 - 1 - 22  
大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課 母子グループ  
電話：06-6941-0351(内線 2591) F A X：06 - 6941 - 6606