

大阪市不育症治療支援事業申請書
(不育症検査費用助成事業申請書)

大阪市長様

年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、大阪市不育症治療支援事業の実施状況に関して実施医療機関に対して照会すること、及び申請にあたって本事業補助要綱を遵守することについて、同意します。

		(ふりがな) 氏 名		生年月日及び年齢					備 考		
氏 申 名 請 及 び 住 等 所 の	申請者	()		昭和 平成 年 月 日生 (歳)							
	氏 名										
	申請者	〒									
	住 所	電話番号									
申 請 金 額	申請額 金 円										
	助成金については、下記の口座に振り込んでください。										
振 込 口 座 申 出 欄	*助成金の振込口座は申請者名義の口座に限ります。										
	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							右づめで記入してください			

注 1) 太線の中をご記入下さい。

注 2) 記入・申請の際は、必ず裏面の説明をお読みください。

注 3) 訂正は「= (二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

受付年月日・受付区保健福祉センター

(添付書類)

☐ 1. 大阪市不育症治療支援事業受診等証明書

☐ 2. 不育症検査結果個票

☐ 3. 大阪市に住所を有することを証明する書類

☐ 4. 実施医療機関が発行する領収書

治療の内容・結果および経過についてへ報告を行うことに関する説明書	
(1)	報告の目的 検査結果等を厚生労働省が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性がありますことをご了承ください。
(2)	報告の内容・方法 大阪市不育症治療支援事業検査結果個票により統計情報として、厚生労働省に報告されます。 報告には個人名及び病院名の記載はなく、内容は統計的に集計されるもので、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。

大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
(不育症検査費用助成検査受検証明書)

次の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

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）

☐ 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施しています。

(ふ り が な) 受 検 者 氏 名	() 生年月日	年 月 日 (歳)
実施した検査		
検査実施日	年 月 日	
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る) 検査費用 領収金額 円	

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名：

実施医療機関名：

※ 国への報告時は秘匿

※ 国への報告時は秘匿

領収金額： 円

※医療機関が受検者から検査費用として領収した額

●流産絨毛染色体分析結果

☐ 所見なし（46, XX 46, XY）

☐ 所見あり（内容：_____）

☐ 分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）

●母親年齢（____歳） 父親年齢（____歳）

●既往妊娠回数

（妊娠____回（今回を含む）

生産____回、生化学的妊娠（化学流産）____回、

流産（生化学的妊娠を含まない）____回、異所性妊娠（子宮外妊娠）____回

●不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（____年____ヶ月）

●抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）

・今回の妊娠での治療

☐ 治療なし

☐ 低用量アスピリン療法

☐ 低用量アスピリン及びヘパリン療法

☐ その他の治療（内容：_____）

●子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）

・有の場合

☐ 子宮鏡下中隔切除術施行

☐ その他の治療（内容：_____）

☐ 治療なし

●甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）

・有の場合

☐ 治療あり（内容：_____）

☐ 治療なし

●血栓性素因の有無（有・無・不明）

・有りの場合

☐ ProteinS欠乏症

☐ ProteinC欠乏症

☐ 第Ⅻ因子欠乏症

・今回の妊娠での治療について

☐ 治療なし

☐ 低用量アスピリン療法

☐ 低用量アスピリン及びヘパリン療法

☐ その他の治療（内容：_____）

※本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名：

報告No：

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇 様

大阪市長

大阪市不育症治療支援事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療支援事業の助成について、
承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

金額 金 円

なお、助成金は、承認決定通知書到着後約 3 0 日で振り込む予定です。

承認決定にあたり、次の事項を遵守してください。

- ・ 大阪市不育症治療支援事業補助要綱の遵守
- ・ 本通知書を含めて関係書類の 5 年間の保管

様式第4号

大こ青 第〇〇号
年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇様

大阪市長

大阪市不育症治療支援事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療支援事業の助成について、
次の理由により不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由： _____ のため

様式第5号

年 月 日

大 阪 市 長

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇

大阪市不育症治療支援事業助成金交付申請取下書

年 月 日付け大指令 第 号にて通知のあった不育症治療支援事業
助成金の交付決定について、大阪市不育症治療支援事業補助要綱第7条の規定に
より申請を取り下げます。

1 補助金交付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

様式第 6 号

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇様

大阪市指令こ青第〇〇号
年 月 日

大阪市長

大阪市不育症治療支援事業承認決定取消書

年 月 日付けにて承認決定しました大阪市不育症治療支援事業
の助成については、次のとおり取消しすることを決定しましたので通知します。

記

- 1 取消しの内容
- 2 取消しの理由

のため