

浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業費補助金交付実施要領

浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施にあたっては、浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業費補助金交付要綱（以下「交付要綱」という。）のほか、本実施要領に定めるところによる。

（医療機関の指定等）

第1条 静岡県特定不妊治療費助成事業医療機関の指定を受けた医療機関（県外に所在する医療機関であって、「特定不妊治療費助成事業の実施について」（平成16年3月31日雇児発第号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）第5の1に基づき当該医療機関が所在する都道府県、指定都市及び中核市の長の指定を受けている医療機関で、静岡県知事が指定したものとみなした医療機関を含む。）は、交付要綱第4条の市長が指定する医療機関とみなす。

（不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の交付）

第2条 指定医療機関は、特定不妊治療を受けた者から、特定不妊治療費補助金交付申請のため依頼があった場合には、不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（交付要綱第2号様式）に必要事項を記入及び押印の上交付するものとする。

（交付の申請）

第3条 補助金の交付を申請する者（以下「申請者」という。）は、交付要綱第6条に定める書類を提出しなければならない。

（不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳等管理）

第4条 交付申請書を受理したときは、様式第1号の不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳に必要事項を記載するものとする。

2 交付申請書及び台帳の管理は、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）、浜松市個人情報保護条例（平成16年浜松市条例第28号）及びその他関係法令等の趣旨に従い、適切に行わなければならない。

様式第 1 号 (用紙 日本工業規格 A 4 縦型)

不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------|-----|-----|-----|
| (ふりがな) | | 夫の 生年月日 (年齢) | 年 | 月 | 日 |
| 夫の氏名 | | | () | () | () |
| (ふりがな) | | 妻の 生年月日 (年齢) | 年 | 月 | 日 |
| 妻の氏名 | | | () | () | () |
| 住 所 | 〒 | 電話 () | | | |
| (夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入) | 〒 | 電話 () | | | |

| 申請受理 年月日 | 申請額 | (承認・不承認) 決定年月日 | 助成額 | 医療機関 | 治療期間 | |
|-------------|-----|-------------------|-----|------|------|-----|
| | | | | | 開 始 | 終 了 |
| | | (承認・不承認) | | | | |
| | | (承認・不承認) | | | | |
| | | (承認・不承認) | | | | |
| | | (承認・不承認) | | | | |
| | | (承認・不承認) | | | | |