

砂川市先進不妊治療費等助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

記

| | | | |
|--|---|--|------------|
| 申請者 | (ふりがな) 氏名 | 性別 | 生 年 月 日 |
| | () ※市が助成の適否を決定するため、住民基本台帳情報若しくは市税の納付状況等を確認すること、指定医療機関等に検査等の実施内容を照会すること又は他の市町村にこの申請に関する情報を照会若しくは提供することについて同意します。 | 男性 ・ 女性 | 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 () 電話 () | | |
| 配偶者 | 同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者の市町村名 | 妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入 | 歳 |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ※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人当たりの支給回数の上限が決められています。 | | | |
| <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→過去 () 回 受けたことがある。 助成を受けた自治体名 () | | | |
| 今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入して下さい。 | | | |
| 子の氏名 | 子の生年月日 | 年 月 日 | |
| ※内訳は別紙に記入してください。 | | | |
| 申請金額（治療費） | | 金 | 円 |
| 申請金額（交通費） | | 金 | 円 |
| 申請金額 合 計 | | 金 | 円 |
| 年 月 日 | | 砂川市長 様 | |
| 振込先金融機関の名称及び口座番号等 ※申請者名義の口座情報を記入 | | | |
| 振込先金融機関の名称 | | 口座番号 | 口座名義 |
| 銀行 金庫 農協 | 本店 支店 出張所 | 普通 当座 | ふりがな () |
| ○添付資料 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・砂川市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書（別記第2号様式） ・治療及び調剤に係る領収書（指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む。）の写し ・住民票の写しその他の住所を確認できる書類 ・戸籍謄本の写し（事実婚関係にある場合又は第2子以降の治療を行う場合に限る。） ・事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式。事実婚関係にある場合に限る。） ・死産届又は母子健康手帳の出産ページの写し（死産に至った場合に限る。） ・自宅から通院した医療機関までの経路が分かる書類（交通費の助成を受ける場合に限る。） ・その他対象者等の確認に必要な書類 | | | |
| 申請者の状況等の確認 【以下は市が記入】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請： 年 月) | | <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書等 | |
| <input type="checkbox"/> 住民登録（夫： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） | | <input type="checkbox"/> 他市町村での助成（有・無） | |
| <input type="checkbox"/> 婚姻 | | <input type="checkbox"/> 市税滞納（有・無） 確認印 | |

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

| かかった費用※1 | 助成基準額※2 | 助成額※3 |
|----------|---------|-------------------|
| A | B | $C=B \times 7/10$ |
| 円 | 円 | 円 |

※1：実際にかかった金額を記入してください。

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：Bに記入した金額に10分の7を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は切り捨ててください。

○交通費

| ※1 | かかった費用 ※2 | 自宅から医療機 関の距離※3 | 助成基準額 ※4 | 助成額 ※5 |
|-----|--------------|-------------------|-------------|-------------------|
| | A | B | C | $D= C \times 2/3$ |
| 1回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 2回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 3回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 4回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 5回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 計 | 円 | | | 円 |

※1：助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※3：地図アプリ等で計測した距離を記入してください。

※4：交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた上限額があります。

Aに記入した金額が上限額未満の場合は、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が上限額以上の場合は、上限額を記入してください。

※5：Cに記入した金額に、Dで記入した通院回数を掛けた数字に3分の2を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は、切り捨ててください。

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夫婦当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、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。