

先進不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒

申請者 住 所

氏 名

電話番号

苫小牧市先進不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり先進不妊治療費助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
夫		昭和・平成 年 月 日生(歳)
妻		昭和・平成 年 月 日生(歳)
配偶者住所	〔申請者の住所と配偶者の住所が異なる場合に記入してください〕	
過去に苫小牧市又は他の市町村で先進不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(過去 回受けたことがある)⇒ 助成を受けた市町村名() 今回の治療が第2子以降の先進不妊治療である場合のみ記載してください。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に助成対象となった子の氏名・生年月日を記載してください。 (子の氏名 生年月日 令和 年 月 日)		
同 意 書		
先進不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、苫小牧市が助成の適否を決定するために次の1及び2を行うことについて同意します。 1 住民基本情報、市税の納付状況等の確認を行うこと。 2 必要に応じて、北海道及び他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供すること。		
申請者自署		
申請金額内訳 ※詳細は裏面にご記入ください。		
申請金額(治療費) (A)	申請金額(交通費) (B)	合計申請額 (A)+(B)の額
円	円	円
交付決定額 ※苫小牧市記入 円		

【添付書類】

- 不妊治療費等助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 戸籍全部事項証明書
- ※事実婚の場合: 夫婦二人の戸籍全部事項証明書 事実婚に関する申立書(様式第3号)
- 夫婦二人の健康保険証の写し
- 領収書
- 治療の明細書
- 夫婦のいずれかが市外に住所を有する場合他市町村での市町村民税等の滞納がないことを確認ができる書類

(以下は記入しないでください)

市 記 入 欄	収 受 印	申請者の状況等の確認
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(回目・初回申請:令和 年 月) <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"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 市税等の納付 <input type="checkbox"/> 他市町村の助成 <input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 助成不可 <input type="checkbox"/> 「 」欄 記載誤りにより市確認済

○ 治療費

かかった費用※1 A	補助基準額※2 B	補助額※3 C=B×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

移動手段 <input type="checkbox"/> 自家用車 ・ <input type="checkbox"/> バス ・ <input type="checkbox"/> 電車 ・ <input type="checkbox"/> その他					
※1	かかった費用※2 A	自宅から医療機関の距離※3 B	補助基準額※4 C	補助額※5 D= C×2/3	認定額 ※市記入
1回目	円	km	円	円	円
2回目	円	km	円	円	円
3回目	円	km	円	円	円
4回目	円	km	円	円	円
5回目	円	km	円	円	円
計	円			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:GoogleMap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、以下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。

助成基準額			
距離区分(※)	補助単価(往復)	距離区分(※)	補助単価(往復)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	175kmを超えて200kmまで	6,720円
50kmを超えて75kmまで	2,450円	200kmを超えて225kmまで	8,080円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	225kmを超えて250kmまで	8,820円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	250kmを超えて275kmまで	9,550円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	275kmを超える	10,180円
150kmを超えて175kmまで	5,880円		

※ 距離区分については実際に治療を行った医療機関のほかに、同じ治療を行うことができる医療機関が存在する場合は最寄りの医療機関までの距離を適用する。

ただし、1回の治療の途中で転居・転入を行った場合であって、従前の医療機関で治療を行う場合に限り、実際の距離に応じた距離区分を適用する。