

恵庭市不妊治療費等助成事業申請書

恵庭市長 様

年 月 日

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。

- 【同意事項】チェック欄（□）に『✓』を入れてください。
- ☐ 本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に照会することについて同意します。
  - ☐ 不妊治療費等助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。
  - ☐ 支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な公簿等の確認を行うことに同意します。

|                                                                                          |                                                                                  |                  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                          | (ふ り が な)<br>氏 名                                                                 | 生 年 月 日          | 事実婚の方は<br>チェックを<br>お願いします<br><br><input type="checkbox"/> |
| 申請者                                                                                      | ( )                                                                              | 年 月 日<br>( 日生 歳) |                                                           |
| 配偶者                                                                                      | ( )                                                                              | 年 月 日<br>( 日生 歳) |                                                           |
| 住 所                                                                                      | 〒 電話                                                                             |                  |                                                           |
| 配偶者住所<br>※申請者と異なる<br>場合のみ                                                                | 〒 電話                                                                             |                  |                                                           |
| 治療期間                                                                                     | 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                    |                  |                                                           |
| 過去の助成歴                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通算 回)<br>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。<br>※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                                                     |
| 申請金額（合計） ※内訳は別紙に記入してください。                                                                |                                                                                  |                  |                                                           |
| 治療費 金 円                                                                                  |                                                                                  |                  |                                                           |
| 交通費 金 円                                                                                  |                                                                                  |                  |                                                           |
| 合 計 金 円                                                                                  |                                                                                  |                  |                                                           |
| 振込先金融機関の名称及び口座番号等                                                                        |                                                                                  |                  |                                                           |
| 振込先金融機関の名称                                                                               |                                                                                  | 口座名義             |                                                           |
| 銀 行<br>金 庫<br>農 協                                                                        | 普通・当座・その他 ( )                                                                    |                  | ふりがな ( )                                                  |
| 本 店<br>支 店<br>出 張 所                                                                      |                                                                                  |                  |                                                           |

(別紙) 申請金額内訳書

### ○治療費

| かかった費用※ 1 | 補助基準額※ 2 | 補助額※ 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、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<br>※ 2 | 自宅から医療機<br>関の距離※ 3 | 補助基準額<br>※ 4 | 補助額<br>※ 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 : 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、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、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。

### <別表> 交通費助成金額

| 距離区分 (自宅から医療機関まで片道) | 助成基準額   |
|---------------------|---------|
| 25kmを超えて50kmまで      | 1,430円  |
| 50kmを超えて75kmまで      | 2,450円  |
| 75kmを超えて100kmまで     | 3,200円  |
| 100kmを超えて125kmまで    | 4,520円  |
| 125kmを超えて150kmまで    | 5,150円  |
| 150kmを超えて175kmまで    | 5,880円  |
| 175kmを超えて200kmまで    | 6,720円  |
| 200kmを超えて225kmまで    | 8,080円  |
| 225kmを超えて250kmまで    | 8,820円  |
| 250kmを超えて275kmまで    | 9,550円  |
| 275kmを超える           | 10,180円 |