

江別市不妊治療費等助成事業申請書

（宛先）江別市長

申請日 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて不妊治療費（先進医療）等の助成を申請します。
 なお、申請に当たり、江別市が行う次の事項に同意します。

- ・不妊治療費等助成事業による助成金の支給状況について他の自治体に照会すること
- ・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
- ・支給要件の該当性等を審査するため、必要な公簿等の確認を行うこと

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日生 (歳)
	()	性別	男性 ・ 女性
申請者住所	〒 電話		
配偶者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日生 (歳)
	()	性別	男性 ・ 女性
配偶者住所 (別居の場合のみ)	〒		
事実婚の方はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>			
過去の助成歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (通算回数: 回) (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ください。			
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 (裏面、治療費のCの額)
	申請金額 (交通費)	金	円 (裏面、交通費のDの合計額)
	申請金額 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・支店名	口座番号	口座名義	
	普通 当座	ふりがな ()	
委任	申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合に記入してください。		
	私 (申請者) は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名 ㊞		
添付書類			
<input type="checkbox"/> 江別市不妊治療費等助成事業受診等証明書 (第2号様式) <input type="checkbox"/> 住民票謄本 (記載事項 (個人番号を除く) を省略していない発行日から3か月以内のもの) <input type="checkbox"/> 申請者と配偶者の戸籍謄本 (発行日から3か月以内のもの) 【住民票謄本で婚姻関係を確認できない者】 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 (第3号様式) 【事実婚関係にある場合】 <input type="checkbox"/> 検査・治療にかかる領収書・明細書 (写し) <input type="checkbox"/> 経路が分かる書類 (GoogleMap等による) 【交通費を申請する場合】 <input type="checkbox"/> 振込先通帳の写し (金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人がわかるもの)			

(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：実際にかかった先進不妊治療費（保険適用外）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（片道25kmを超える場合に申請できます）（フェリー代を除く）

※1	治療または検査を受けた日	かかった費用 ※2	自宅から医療機関までの距離（片道） ※3	助成基準額 ※4	助成額 ※5
		A	B	C	$D = C \times 2/3$
1回目	年 月 日	円	km	円	円
2回目	年 月 日	円	km	円	円
3回目	年 月 日	円	km	円	円
4回目	年 月 日	円	km	円	円
5回目	年 月 日	円	km	円	円
計		円			円

- ※1：助成回数は1回の治療につき、5往復分を上限としています。
- ※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用（往復分）を記入してください。
- ※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、以下の表のとおり距離に応じた上限額（助成基準額）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。

距離区分 （自宅から医療機関まで・片道）	助成基準額 （往復）
25kmを超えて50kmまで	1,840円
50kmを超えて75kmまで	3,180円
75kmを超えて100kmまで	4,040円
100kmを超えて125kmまで	5,060円
125kmを超えて150kmまで	6,160円
150kmを超えて175kmまで	7,920円
175kmを超えて200kmまで	8,800円
200kmを超えて225kmまで	9,680円
225kmを超えて250kmまで	10,340円
250kmを超えて275kmまで	11,880円
275kmを超える	12,540円

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。