

## 登別市特定不妊治療費（先進医療）等助成事業申請書

登別市長 様

年 月 日

登別市特定不妊治療費（先進医療）等助成事業について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、登別市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、市税の納付状況を確認すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、治療状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

|  |              |   |              |          |                                |  |
|--|--------------|---|--------------|----------|--------------------------------|--|
| 申請者  | ふりがな         |   | 生年月日         | 年 月 日（歳） |                                |  |
|  | 氏名           |   |              |          |                                |  |
| 配偶者  | ふりがな         |   | 生年月日         | 年 月 日（歳） |                                |  |
|  | 氏名           |   |              |          |                                |  |
| 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。（過去に事実婚で助成を受けた方を含む） <input type="checkbox"/>                                       |              |   |              |          |                                |  |
| 申請者住所  |              | 〒 | —            | 登別市 電話   |                                |  |
| 申請者メールアドレス   |              | @ |              |          |                                |  |
| 配偶者住所<br>※申請者と異なる場合のみ  |              | 〒 | —            | 登別市 電話   |                                |  |
| 過去に登別市又は他の自治体で特定不妊治療費（先進医療）に対する助成金を受けたことがありますか。<br>※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、一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（歳）                       |  |
| 交通手段<br>鉄道・バス・自家用車・その他（ ）  |              |   | 行程<br>自宅～ 病院 |          | 距離（片道）<br>※GoogleMap等で計測<br>km |  |
| ※内訳は裏面へ記入してください。   |              |   |              |          |                                |  |
| 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        |                                |  |
| 振込先  | 金融機関名        |   | 支店名          |          | 預金種別                           |  |
|  |              |   |              |          | 普通<br>当座                       |  |
|  | ふりがな         |   |              |          |                                |  |
|  | 口座名義 ※申請者と同一 |   |              |          |                                |  |
| (添付書類)   |              |   |              |          |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1. 登別市特定不妊治療費（先進医療）等助成事業受診等証明書（別記様式第2号）   |              |   |              |          |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 2. 領収書その他支払い済みであることを証明できる書類   |              |   |              |          |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 3. 住民票（夫婦が同一の住民票に登録されていない場合又は事実婚の場合は、住民票及び戸籍全部事項証明書（戸籍謄本））                      |              |   |              |          |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 4. 振込先口座情報がわかる書類  |              |   |              |          |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 5. 事実婚関係に関する申立書（別記様式第3号）  |              |   |              |          |                                |  |

申請金額内訳書

○治療費

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

※ 1 : 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。

※ 2 : B に記入した金額に 10 分の 7 を乗じた金額を記入してください。(小数点以下は切り捨て)

○交通費

受診等証明書による通院証明がある場合に、支給します。

| ※助成回数は、1 回の治療につき、上限 5 回です。 | 対象者 | 交通手段(自家用車・バス・JR) | かかった費用 (A) (往復) | かかった費用又は基準額 (B) (往復) | 助成額 (C) (往復) |
|----------------------------|-----|------------------|-----------------|----------------------|--------------|
| 1 ( 年 月 日)                 | 夫   |                  | 円               | 円                    | 円            |
|                            | 妻   |                  | 円               | 円                    | 円            |
| 2 ( 年 月 日)                 | 夫   |                  | 円               | 円                    | 円            |
|                            | 妻   |                  | 円               | 円                    | 円            |
| 3 ( 年 月 日)                 | 夫   |                  | 円               | 円                    | 円            |
|                            | 妻   |                  | 円               | 円                    | 円            |
| 4 ( 年 月 日)                 | 夫   |                  | 円               | 円                    | 円            |
|                            | 妻   |                  | 円               | 円                    | 円            |
| 5 ( 年 月 日)                 | 夫   |                  | 円               | 円                    | 円            |
|                            | 妻   |                  | 円               | 円                    | 円            |
| 計                          |     |                  | 円               |                      | 円            |

【かかった費用 (A)】: 公共交通機関利用の場合、領収書の提出が必要です。

領収書がなく、わからない場合は空欄で構いません。

【かかった費用又は基準額 (B)】: 交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた基準額があります。

・ A に記入した金額が基準額(往復)未満の場合は、A に記入した金額を記入してください

・ A に記入した金額が基準額(往復)以上の場合は、基準額を記入してください。

【助成額 (C)】: B に記入した金額に、3 分の 2 を乗じた金額を記入してください。(小数点以下は切り捨て)

【夫婦ともに通院し治療した場合の交通費】

・ 公共交通機関を利用した場合は 2 人分の領収書が必要です。

・ 自家用車利用の場合は、同乗するとみなし夫婦のいずれか一人に支給します。

(別表) A の費用が基準額以上の場合に適用

| 距離区分 (片道)             | 基準額 (往復) | 上限額 基準額×2/3 (往復) | 距離区分 (片道)             | 基準額 (往復) | 上限額 基準額×2/3 (往復) |
|-----------------------|----------|------------------|-----------------------|----------|------------------|
| 25 km を超えて 50 km まで   | 1,840 円  | 1,226 円          | 175 km を超えて 200 km まで | 8,800 円  | 5,866 円          |
| 50 km を超えて 75 km まで   | 3,180 円  | 2,120 円          | 200 km を超えて 225 km まで | 9,680 円  | 6,453 円          |
| 75 km を超えて 100 km まで  | 4,040 円  | 2,693 円          | 225 km を超えて 250 km まで | 10,340 円 | 6,893 円          |
| 100 km を超えて 125 km まで | 5,060 円  | 3,373 円          | 250 km を超えて 275 km まで | 11,880 円 | 7,920 円          |
| 125 km を超えて 150 km まで | 6,160 円  | 4,106 円          | 275 km を超える           | 12,540 円 | 8,360 円          |
| 150 km を超えて 175 km まで | 7,920 円  | 5,280 円          |                       |          |                  |