

美唄市先進不妊治療費等助成金交付申請書

(宛先) 美唄市長

申請日 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて先進不妊治療費等の助成を申請します。

申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
配偶者	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話 () 美唄市		
住所	※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒		
過去の助成歴	☐ ない ☐ ある(通算回数: 回、助成を受けた自治体名:) 第2子以降の場合: 以前不妊治療の助成対象となった子の名前()		
申請額	※内訳は別紙に記入してください 治療費 金 円 … 別紙内訳Cの額 交通費 金 円 … 別紙内訳Dの額 文書料 金 円 … 別紙内訳Gの額 合計 金 円		
振込先	銀行 信組 信金 農協	本店 本所 支店	
	普通 口座番号 当座	口座名義(フリガナ)	
交付申請に当たり、美唄市が住民基本台帳情報及び市税等の納税状況を確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。			
署名(夫)		署名(妻)	

【添付書類】

- ・美唄市先進不妊治療費等助成事業受診証明書
- ・領収書及び明細書
- ・戸籍謄本(夫婦のいずれかが市外に住民登録している方のみ)
- ・事実婚関係に関する申立書(事実婚関係にある方のみ)

◇治療費

先進医療にかかった費用	A	円	受診証明書に記載された金額を記入
補助基準額	B	円	Aの金額が5万円未満→Aと同額 Aの金額が5万円以上→50,000円と記入
助成額	$B \times 7/10$ C	円	Bの補助基準額に10分の7を乗じた金額 (1円未満の端数切捨て)を記入

◇交通費

自宅から医療機関まで片道25kmを超える場合は、距離数に応じて設定された補助基準額に3分の2を乗じた金額を、1回の生殖補助医療につき5回を上限に助成します。

自宅から _____ 病院

距離(片道) _____ km ※GoogleMap等で計測してください

※補助基準額と助成額は、下表より該当する金額を記載してください

	受診日	補助基準額	助成額
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円
4回目	年 月 日	円	円
5回目	年 月 日	円	円
合計			D 円

距離区分	助成基準額(往復)	助成額(基準額×2/3)
25km以内	対象外	対象外
25kmを超えて 50kmまで	1,430円	953円
50kmを超えて 75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える	10,180円	6,786円

◇文書料

支払額	基準額	EまたはFどちらか低い方
E 円	F 円	G 円

基準額：医療機関・薬局それぞれ5,000円まで