

## 名寄市不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

名寄市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

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。

|  |  |             |
|--|--|-------------|
|  | 申請者  | 配偶者         |
| (フリガナ)<br>氏 名  |  |             |
| 生年月日   | 年 月 日生 ( 歳)  | 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。<br>〒<br>電話 ( )  |             |
| <input type="checkbox"/> 本申請に係る申請事項確認のため、住民基本台帳の閲覧および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、他の市町村にこの申請に関する情報を照会若しくは提供することについて同意します。   |  |             |
| 過去に名寄市または他の市町村で先進不妊治療に関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、1人当たりの支給回数の上限が決められています。<br>・ない ・ある（過去 回）→助成を受けた市町村名 ( )   |  |             |
| 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。<br>子の氏名： _____ 子の生年月日： 令和 年 月 日   |  |             |
| 申請金額   | ※内訳は別紙に記入してください。<br>申請金額（治療費） 金 _____ 円<br>申請金額（交通費） 金 _____ 円<br>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   | 口座番号   | 口座名義        |
| 銀 行 本 店<br>金 庫 支 店<br>農 協 出張所  | 普 通<br>当 座   | ふりがな ( )    |
| ○添付資料<br>・名寄市不妊治療費等助成事業受診等証明書（様式第2号）<br>・医療機関が発行する領収書及び明細書<br>・自宅から通院した医療機関までの経路が分かる書類（グーグルマップ等による）<br>・事実婚申立書（様式第3号。事実婚関係にある場合のみ）<br>・戸籍謄本（事実婚関係にある場合または夫婦のどちらかが市外在住の場合）<br>・本人確認書類<br>・申請者の振込先口座の確認できるものの写し<br>※その他必要に応じて書類の提出を求める場合があります。 |  |             |

(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。  
1円未満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：グーグルマップ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。

1円未満は切り捨ててください。

### 【転入された方へ】

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まっています。

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。