

旭川市先進不妊治療費助成事業申請書

旭川市長様

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。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生 年 月 日									
	()	男性 ・ 女性	年 月 日生 (歳)									
※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。												
住 所	〒 _____ 電話 () _____											
配偶者	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者の市町村名	治療開始日の妻の年齢	歳									
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ※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。												
<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下さい。												
子の氏名		子の生年月日	年 月 日									
※内訳は裏面（別紙）に記入してください。 <table style="width: 100%; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">治療費申請金額</td> <td style="text-align: center;">金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">交通費申請金額</td> <td style="text-align: center;">金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">申請金額合計</td> <td style="text-align: center;">金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>				治療費申請金額	金	円	交通費申請金額	金	円	申請金額合計	金	円
治療費申請金額	金	円										
交通費申請金額	金	円										
申請金額合計	金	円										
旭川市長 様												
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 金庫支店 農協出張所	普通 当座	ふりがな ()										
<input type="checkbox"/> 添付資料 <input type="checkbox"/> 受診等証明書 <input type="checkbox"/> 2子以降の場合：子の情報がわかる書類（戸籍謄本） <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 事実婚の場合：両人の戸籍謄本・住民票・申立書 <input type="checkbox"/> 住所が分かる書類（住民票） <input type="checkbox"/> 交通費を申請する場合：経路及び金額がわかる書類			<input type="checkbox"/> 助成回数 <input type="checkbox"/> 通算6回まで <input type="checkbox"/> 通算3回まで <input type="checkbox"/> 交通費5回まで									

(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。
小数点以下は切り捨ててください。

○交通費 (旭川市外の医療機関へ受診した場合のみ該当)

キロ数補助単価表 (往復分)

距離区分	25kmを超えて50kmまで	50kmを超えて75kmまで	75kmを超えて100kmまで	100kmを超えて125kmまで	125kmを超えて150kmまで	150kmを超えて175kmまで	175kmを超えて200kmまで	200kmを超えて225kmまで	225kmを超えて250kmまで	250kmを超えて275kmまで	275kmを超える
補助基準額 (往復)	1,430円	2,450円	3,200円	4,520円	5,150円	5,880円	6,720円	8,080円	8,820円	9,550円	10,180円

※1	かかった費用 ※2	自宅から医療機関の距離※3	補助基準額 ※4	補助額 ※5
	A		B	C
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。わ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：交通費の助成額は上表のとおり距離に応じて上限額があります。
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、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。

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。