

別記第1号様式（第6条関係）

石狩市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）石狩市長

申請者 住所  
氏名

印

石狩市不育症治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻
(フリガナ) 氏 名		
生年月日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
住 所	〒 電話番号	※夫と同じ場合は省略できます。 〒 電話番号
<p>○過去に石狩市において不育症治療費に係る助成を受けたことがありますか。  <input type="checkbox"/> ない      <input type="checkbox"/> ある⇒過去 (      回) 受けたことがある。</p> <p>○今回の申請に係る不育症治療等について、他の地方公共団体の助成を受けている、又は受ける見込みがありますか。  <input type="checkbox"/> ない      <input type="checkbox"/> いる (ある) ⇒その地方公共団体の名称 (      )</p>		
申請金額	円	助成対象治療費      円

※助成金は、助成対象治療費に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数を切り捨てた額）です。

※助成金は、一治療期間当たり100,000円を限度とします。

振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店・支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 ※申請者と同一の方			

※振込口座に係る預金通帳の写し（金融機関名、口座名義人及び口座番号の分かるもの）を添付願います。ただし、2回目以降の申請であって振込口座に変更がない場合は、添付及び振込口座の記載を省略できます。

<p>《同意及び誓約》</p> <p>私たちは、石狩市不育症治療費助成金の交付申請に当たり、石狩市が助成金の交付の可否を審査するために必要な範囲内で、住民基本台帳、前年又は前々年の所得、市税の納付状況等を確認し、必要に応じて他の地方公共団体又は医療機関にこの申請に関する情報について照会し、及び提供を受けることに同意します。</p> <p>また、他の地方公共団体で、この申請に係る不育症治療に係る助成を受けていない者又は受ける見込みのない者であることを誓約します。</p> <p>(夫) 氏名      印      (妻) 氏名      印</p>
--

※ご夫婦両方の記名押印が必要です。それぞれの印鑑をご使用ください。

※上記同意ができない場合には、別に示す確認書類の提出が必要となります。

## 〔 申請書の記入に当たって 〕

### ■申請者について

- ・申請日において石狩市に住所を有する方に限ります。
- ・申請者は、夫婦のうち夫でも妻でも構いません。夫婦が別の住所地の場合は、石狩市に住所がある方が申請してください。

### ■助成対象治療費について

- ・医療保険適用外の検査と治療費が対象となります。
- ・医療保険の適用対象となる不育症治療費・検査費、入院時の差額ベッド代や文書料など直接治療に関係ないものは対象になりません。
- ・石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書（病院が記入）の領収金額を記入しますが、主治医の紹介により他院で受けた医療保険適用外の不育症の治療、検査、薬の処方についても対象になりますので、その額を加算して「助成対象治療費」にしてください。「診療明細書」や「領収書」にて確認します。

**注意** 「診療明細書」と「領収書」が無いものは申請できません。

### ■申請金額について

- ・申請金額＝助成対象治療費÷2です。（1,000円未満の端数は切り捨てる）
- ・一治療期間当たり100,000円を上限とします。

### ■振込口座について

- ・助成金の振込口座は、夫婦どちらかの口座に限ります。夫婦以外の口座には振込みできません。

### ■申請に必要な書類について

- ①石狩市不育症治療費助成金交付申請書
  - ②石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書→医療機関の主治医に記入していただいでください。（文書作成手数料は医療機関規定の費用が必要です。無料ではありません。）
  - ③不育治療にかかる医療機関が発行する「領収書」と「診療明細書」の原本→原本が必要な方は、お申し出くだされば照合のうえお返しします。
  - ④戸籍謄本                      ⑤夫婦の健康保険証の写し                      ⑥夫婦の所得が確認できる書類（所得証明書）
  - ⑦夫婦の納税状況が確認できる書類（納税証明書）                      ⑧振込先の預金通帳
- ※⑥⑦について→申請書の「同意及び誓約」に記名押印があれば不用ですが、転入及び単身赴任等で夫婦の一方が市外に住所を有する場合は、提出が必要です。詳しくは『石狩市不育症治療費助成事業のお知らせ』をご覧ください。

### ■申請方法・期限について

- ・治療終了後、すみやかに石狩市不育症治療費助成事業受診等証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類を全て添付し、下記受付まで申請してください。（来庁による申請ができない場合は簡易書留での郵送も可とします。）
- ・申請期限は、治療が終了した日（出産日、流産日、治療終了を医師が判断した日）又は費用の支払いが終了した日の、いずれか遅い日の翌日から60日以内とします。

**注意** 平成28年4月から6月中に治療及び支払いを終了した方は、平成28年8月30日まで申請を受け付けます。

### 【申請受付・問合せ先】

石狩市保健福祉部保健推進課（石狩市総合保健福祉センターりんくる1階）

電話：0133-72-3124

住所：石狩市花川北6条1丁目41-1