

別記第1号様式（第5条関係）

石狩市先進不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住所
氏名

石狩市先進不妊治療費等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 (歳)	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号	〒 ※夫と同じ場合は省略できます。 電話番号

本助成金の申請回数 ⇒ 第 ____ 子 につき ____ 回目

申 請 額	(1)治療費	実施した先進医療にかかった費用または補助基準額の10分の7 (※詳細は裏面で計算)	治療費助成申請額 _____円
	(2)交通費	かかった費用または補助基準額単価の3分の2 (※詳細は裏面で計算)	交通費助成申請額 _____円
	(3)証明書 発行費	先進不妊治療を実施したことを証明する書類の発行手数料の全額 (※受診等証明書から転記)	証明書発行費助成申請額 _____円

振 込 口 座	() 前回申請と同じ口座を使用する。 ※希望する場合はカッコ内に○を書いてください。		
	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	印	

振込口座の預金通帳の写し（金融機関名、口座名義人及び口座番号の分かるもの）を添付してください。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、添付を省略できます。

《同意及び誓約》

私たちは、石狩市先進不妊治療費等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、市税の納付状況等を確認するほか、必要に応じて他の市区町村にこの申請に関する情報を照会し、及び関係書類等の提供を受けることに同意します。

また、他の市区町村で今回申請する先進不妊治療費等の助成を受けていないことを誓約します。

(夫) 氏名 _____ 印 (妻) 氏名 _____ 印

※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。

※上記について同意できない場合は、住民票、市税の納税証明書等の提出が必要となります。

「申請額（1）治療費」の計算について

①治療にかかった費用 (受診等証明書から転記) _____円	③ ①と②のうち 低い方の金額 _____円	④補助割合 (小数点以下は切り捨て とする) ③の10分の7	⑤治療費助成申請額 ③×0.7= _____円 この金額を表面に記載
②補助基準額 50,000円			

「申請額（2）交通費」の計算について

- ・1回の治療に対して5回を限度とする。
- ・①について、領収書がある場合は往復分の金額を記入すること。不明の場合は空欄でよい。
- ・札幌市内の医療機関を受診した場合は、自宅からその医療機関までの最短経路を基準とする。それ以外の医療機関については、同じ治療を受けられる最寄りの医療機関までの最短経路を基準とする。

◎自宅から医療機関までの距離（片道） _____ km （下記の表の距離区分 ～ ）

◎通院日数 _____ 日（受診等証明書より転記）

	① かかった費用 (往復)	② 補助単価 (往復)	③ ①②のうち 低い方の金額	④ ③×2/3 (小数点以下は 切り捨てとする)
1回目	円	円	円	円
2回目	円	円	円	円
3回目	円	円	円	円
4回目	円	円	円	円
5回目	円	円	円	円
申請額合計 この金額を表面に記載				円

●交通費助成基準額

距離区分（片道）	補助単価（往復）	※左記の単価×2/3 (④の計算後の額)
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