

# 申請書記載例

# 先進

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  
2023年◆月◇日

石狩市長 様

申請者 住所 石狩市花川北6条1丁目41-1

氏名 石狩 鮭子

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	イシカリ サケ太郎 <b>石狩 鮭太郎</b>	イシカリ サケコ <b>石狩 鮭子</b>
生年月日	1990年 9月 9日 (33歳)	1987年 6月 5日 (36歳)
住 所	〒 061-3216 石狩市花川北6条1丁目41-1 電話番号 080-0000-XXXX	〒 ※夫と同じ場合は省略できます。 電話番号 090-0000-△△△△

本助成金の申請回数 ⇒ 第 1 子 につき 3 回目

申請額	(1) 治療費		治療費助成申請額
	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)		<b>35,000</b> 円
申請額	(2) 交通費		交通費助成申請額
	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)		<b>2,859</b> 円
申請額	(3) 証明書発行費		証明書発行費助成申請額
	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)		<b>5,000</b> 円

(  ) 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	※初めて申請する場合の記入の仕方		銀行・信用金庫	本店・支店
	いしかり	労働金庫・組合	花川	出張所
預金種目	普通・当座	口座番号	00000000	
フリガナ	イシカリ サケコ			
口座名義人 ※申請者と同一の方	石狩 鮭子			石狩印

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 **石狩 鮭太郎** (妻) 氏名 **石狩 鮭子**

※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。

申請年月日を記入してください。

申請者は夫または妻となります。石狩市内に住民票がある方が申請してください。

夫婦の情報を記入してください。

第 1 子: 医療機関の証明書から転記してください。  
\_ 回目: 石狩市への助成金申請の通算回数となります。  
不明な場合は申請時に担当者へご確認ください。

裏面で計算した(1)治療費の⑤の金額を転記してください。上限額は35,000円です。(治療費が5万円以上の場合)

裏面で計算した(2)交通費の④の合計金額を転記してください。ただし、自宅から医療機関までの距離が片道25kmを超える方のみ対象です。

医療機関の証明書から転記してください。ただし、共通様式の受診証明書の場合は特定不妊治療費の方で証明書発行費申請となるので、この欄は記載不要です。

2回目以降の申請で同じ口座を使用する場合は、上の段のカッコ内に丸印をつけてください。口座情報を記入する必要はありません。

※初めて申請する場合は、上部「申請者」と同じ方の口座情報を記入し、口座名義人の欄に印鑑(銀行印でなくても可)を押してください。また、通帳等で記載内容を確認しますので提示してください。

主に次の内容となります。

- ・石狩市民であること、滞納がないこと等について情報照会を行うため、その同意
- ・同じ治療について他市町村から同様の助成を受けていないことの誓約

夫婦それぞれの欄に氏名を記入し、押印してください。

「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) <b>86,000</b> 円	③ ①と②のうち 低い方の金額 <b>50,000</b> 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= <b>35,000</b> 円 この金額を表面に記載
②補助基準額 50,000円			

①に医療機関のからの受診証明書の治療費領収金額を記載してください。①が5万円以上なら補助基準額を使用して計算するので、 $5万円 \times 0.7 = 35,000$ 円が助成上限額となります。  
①が5万円未満なら、その金額に0.7をかけた金額が助成額となります。（小数点以下切り捨て）  
計算後の金額⑤を、表面の申請額欄に転記してください。

「申請額（2）交通費」の計算について ※自宅から医療機関までの距離が片道25kmを超える方のみが対象です

- ・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。

交通費助成の対象となる場合は、距離計算サイトなどで自宅から医療機関までの距離を調べて記入し、通院日数は医療機関の証明書から転記してください。

◎自宅から医療機関までの距離（片道） **43.5** km （下記の表の距離区分**25～50**）  
◎通院日数 **3** 日（受診等証明書より転記）

自家用車などで領収書がない／金額が不明の場合は、①は空欄のままにしてください。  
下の表から②の補助単価を求め、③にも同額を転記し、その金額に3分の2をかけて④を計算してください。（小数点以下切り捨て）  
日数分の④を合計した金額を、表面の申請額欄に転記してください。

	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	<b>1,430</b> 円	<b>1,430</b> 円	<b>953</b> 円
2回目	<b>2,700</b> 円	<b>1,430</b> 円	<b>1,430</b> 円	<b>953</b> 円
3回目	円	<b>1,430</b> 円	<b>1,430</b> 円	<b>953</b> 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	<b>2,859</b> 円

領収書がある場合の記載例がこちら（2回目）です。厚田支所から中央バス北7条東1丁目までのバス料金が片道1,350円であれば、①は往復の費用を記入するため、2,700円と記入しています。  
②の補助単価と比べると補助単価の方が低い金額のため、助成額は $1,430円 \times 2/3 = 953.33...$ となり、小数点以下は切り捨てなので953円となります。

●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

\*\*\*距離の参考数値\*\*\*

- ・八幡コセンから神谷レディースクリニック（札幌市中央区北3西2）  
→**23.7km** 25kmを超えないので**対象にならない!**
- ・厚田支所からさっぽろARTクリニック（札幌市北区北7西4）  
→**43.5km** 距離区分25～50に相当
- ・浜益支所から美加レディースクリニック（札幌市豊平区平岸）  
→**78.6km** 距離区分75～100に相当