

# 釧路市先進不妊治療費等助成金交付申請書

釧路市長 様

令和 年 月 日

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて、次のとおり先進不妊治療費等の助成を申請します。なお、この申請に係る住民基本台帳等の閲覧、検査または治療の実施内容に関して医療機関等への照会、必要に応じ他市町村への照会について承諾します。

	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳) 平成 _____
妻		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳) 平成 _____ ※治療開始日の年齢 ( _____ 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。〕 〒 _____ (電話番号 _____)	
過去に、先進不妊治療費等に関する助成金を受けたことがありますか？ ない 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入してください。〕 ※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ください。  子の氏名 _____ 子の生年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
〔この欄は審査後に釧路市で記入しますので空欄のままご提出ください。〕 申請される方は内訳を裏面(別紙)に記入してください。		
申請金額	_____	円
(内訳) 治療費 (男性不妊治療分を除く)	_____	円
(男性不妊治療分)	_____	円
交通費	_____	円
〔添付資料〕 ※添付漏れがないか口に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 釧路市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 検査・治療に係る医療機関が発行した領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> 住民票(夫婦のいずれかが釧路市に住所を有することを証明する書類) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(夫婦であることを証明する書類) <input type="checkbox"/> 事実婚の場合は、両人の戸籍謄本・住民票・申立書 <input type="checkbox"/> 〔交通費〕自家用車の場合：経路がわかる書類(GoogleMap等の地図の写し) 公共交通機関の場合：金額がわかる書類 (領収書等。紛失等の場合は添付不要)	受付・担当印	

《裏面もご記入ください》

（別紙）申請金額内訳書

〔治療費〕

先進医療にかかった費用（釧路市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書の領収金額）
円

※受診等証明書と領収書及び診療明細書を必ず添付してください。

〔交通費（交通費助成は自宅から医療機関までの距離が片道25kmを超える場合に限る）〕

	受診年月日	医療機関名	移動手段・移動距離・費用 (自家用車か公共交通機関のいずれか)
1	令和 年 月 日		自家用車 ( km)
			公共交通機関 ( km) ( 円)
2	令和 年 月 日		自家用車 ( km)
			公共交通機関 ( km) ( 円)
3	令和 年 月 日		自家用車 ( km)
			公共交通機関 ( km) ( 円)
4	令和 年 月 日		自家用車 ( km)
			公共交通機関 ( km) ( 円)
5	令和 年 月 日		自家用車 ( km)
			公共交通機関 ( km) ( 円)

※助成回数は1回の治療につき、上限5回までです。助成額は、距離に応じた上限額があります。

※自家用車、公共交通機関いずれの場合も、自宅から医療機関の距離はGoogleMap等で計測した距離（片道分、小数点第1位まで）を記入してください。

※公共交通機関を使用した場合、かかった費用（往復分）を記入し、領収書を添付してください。領収書紛失等で費用がわからない場合は、空欄のまま、添付無しで提出してください。

（以下は記入しないでください）

審査

〔治療費〕

先進医療にかかった費用 (A)	助成基準額 (B)	助成額 ※小数点以下切り捨て (C) = (B) × 7 / 10
円	円	円

※Aに記入した金額が50,000円未満の場合は、Aに記入した金額をBに記入する。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、Bに50,000円と記入する。

〔交通費〕

	かかった費用 (A)	自宅から医療機関までの 距離 (B)	助成基準額 (C)	助成額 ※小数点以下切り捨て (D) = (C) × 2 / 3
1	円	km	円	円
2	円	km	円	円
3	円	km	円	円
4	円	km	円	円
5	円	km	円	円
合 計				円

※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Cに記入する。

Aに記入した金額が上限額以上の場合は、Cに上限額を記入する。

〔補助額〕

治療費	円
交通費	円
助成額合計	円