

滝川市先進不妊治療費等助成金調書

（ふりがな） 氏名	夫	妻
	（ ）	（ ）
生年月日	年 月 日生（ 歳）	年 月 日生（ 歳）
住所	〒 電話（ ）	〒 ※夫婦同じ場合は記載不要 電話（ ）
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。		
・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ください。		
子の氏名		子の生年月日 年 月 日
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（※申請者と同一にしてください）
銀行本店 金庫支店 農協出張所	普通 当座	ふりがな（ ）

同意書

先進不妊治療費等助成金の交付申請にあたり、市が助成の可否を判断する範囲内で、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をします。あわせて、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をします。

年 月 日

（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。

添付書類

- 受診等証明書       （交通費を申請する場合）経路が分かる書類（GoogleMap等による）  
 領収書等の写し       （2子以降の場合）子の情報が分かる書類（戸籍謄本等）  
 健康保険証の写し

市記入欄

- 新規     継続（ 回目・初回申請： 年 月）  
 住民登録（夫： 有 無    妻： 有 無） 確認者 印  
 婚姻     事実婚の申立書  
 健康保険証  
 限度額適用認定証及び支給決定通知書（有・無）  
 他市町村での助成（有・無）  
 市税滞納（有・無）

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

※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	$D= C \times 2/3$
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。分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、別表のとおり距離に応じた上限額があります。

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、Dで記入した通院回数を掛けた数字に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。

○交通費助成基準額

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