様式第1号（第６条関係）

南富良野町　不妊治療費等助成事業申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　南富良野町長　様

　　　　　　　関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふりかな）氏　名 | | | 生年月日 | | |
| （　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に紹介することについて同意します。 | | | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | |
| 住　所  電話番号 | 南富良野町字　　　　　　　　　　　　　【電話番号】 | | | | | |
| 配偶者 | （ふりかな）氏　名 | | | | 生年月日 | |
| （　　　　　　　　　　　　　） | | | | 年　　　月　　　日（　　　歳） | |
| 同居・別居（　　　　　市町村）※別居の場合、配偶者の市町村名を記入してください。 | | | | | |
| 過去にこの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載願います。  ※治療対象のこ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 |
| 申請　金額 | ※別添領収書参照  申請金額（治療費）　　金　　　　　　　　　　　　　　　円  申請金額（交通費）　　金　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 振込み指定  口座  ※口座名義人は申請者と同一でお願いします。 | 金融機関名 | 銀行・農協・信用金庫　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　　労働金庫・信用組合　　　　　　　　　支所 | | | | |
| 口座番号 | 普通　・　当座 | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

○添付資料

・受診等証明書　　　　・領収書（保険適用・外に関わらず治療期間内にかかった全てもの）

・住所が分かる書類　　・（交通費を申請する場合）経路が分かる書類（Googleマップ等による。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※決定欄  記入しないでください | 助成決定額 | | 〔内訳〕  　　　　　　　　　　　　　　円　　　治療費　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　　　　　　交通費　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書料　　　　　　　　　　円 | | | | |
| 決定年月日  令和　　　年  　　月　　日 | | 課長 | 課長補佐 | 主査・係長 | 係 | 合議 |
|  |  |  |  |  |
| １　上記申請内容を審査の結果、上記のとおり助成する。  ２　次の理由により上記申請を却下する | | | | | | |
| 却下理由 | |  | | | | | |

（別紙）申請金額内訳書

**○治療費**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかった費用　※１ | （A） | 助成申請額 |
| 円 | （A）×75％　※千円未満切捨て  　※２　　　　　　　　　円 |
| 文書料 | | 円 |
| 合　計 | | 円 |

※１：医療機関からの証明書に記載されている金額を記入してください。

※２：Aに記入した金額に１０分の7.5を掛けた金額を記入してください。

千円未満以下は切り捨ててください。

**○交通費（フェリー代を除く。）**

医療機関（住民登録のある自宅から医療機関まで片道２５㎞を超える場合に限る。）において、**医療保険適用の不妊治療と併用して実施された厚生労働省にて先進医療として告示された技術（以下「先進不妊治療」という。）を受診するときに要した交通費を助成します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※１ | 自宅から医療機関の距離※２ | 補助基準額  （助成申請額）※３ |
| A | B |
| １回目 | km | 円 |
| ２回目 | km | 円 |
| ３回目 | km | 円 |
| ４回目 | km | 円 |
| ５回目 | km | 円 |
| 計 |  | 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：Googleマップ等で計測した距離を記入してください。

※３：交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた金額を記入してください。

**【別表】**

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