

## 根室市特定不妊治療費等（先進医療）助成事業補助金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費等（先進医療）の助成を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	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。	男性 ・ 女性	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
配偶者	同居 ・ 別居 ( ) ※別居の場合、配偶者の市町村名	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
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 して下さい。			
子の氏名		子の生年月日	年 月 日
※内訳は別紙に記入してください。			
申請金額（治療費）      金 _____ 円 申請金額（交通費）      金 _____ 円 申請金額（宿泊費）      金 _____ 円 申請金額（文書料）      金 _____ 円 ※下記添付資料欄中、①の受診等証明書の発行に係る文書料を支払った場合のみ記載してください。 申請金額 合 計      金 _____ 円 年 月 日			
根室市長 様			
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	口座名義人
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所	普通 当座	フリガナ ( )
○添付資料 ①根室市特定不妊治療費等（先進医療）助成事業受診等証明書（様式第2号） ②治療期間の確認できる領収書等（①の受診等証明書の発行に要した文書料を含む。） ③交通費（自家用車利用を除く。）及び宿泊費に係る領収書等 ④その他市長が必要と認める書類			

(別紙) 申請金額内訳書

**○治療費 太枠部分のみご記入ください。**

かかった費用	補助基準額※1	補助額 (小数点以下切り捨て)
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

**○交通費 太枠部分のみご記入ください。**

※1	実支出額		GoogleMap等で計測した住民登録のある自宅から医療機関所在地までの距離 (フェリー代を除く。)	補助基準額 (フェリー代を除く)	補助額 (小数点以下切り捨て)	
	フェリー代を除く ※2	フェリー代			フェリー代を除く	フェリー代
	A	B	C	D	$E= D \times 2/3$	$F=B \times 2/3$
1回目	円	円	km	円	円	円
2回目	円	円	km	円	円	円
3回目	円	円	km	円	円	円
4回目	円	円	km	円	円	円
5回目	円	円	km	円	円	円
計	円	円			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：公共交通機関を利用した場合は、実支出額を記入してください。

なお、自家用車を利用した場合は空欄としてください。(※自家用車を利用した場合における実支出額の算出方法については、根室市が別に定める燃料単価等を用いて算出した金額

**○宿泊費 太枠部分のみご記入ください。**

※1	かかった費用	補助基準額	補助額 (小数点以下切り捨て)
	A	B	$C=B \times 2/3$
1回目	円	円	円
2回目	円	円	円
3回目	円	円	円
4回目	円	円	円
5回目	円	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。

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する  
説 明 書

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夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。