

函館市不妊治療等助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	
	()	年 月 日生 (歳)	
※本申請に係る検査また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します。			
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 ※申請者が夫の場合のみ記入	歳
<p>過去にこの助成金を受けたことがありますか。</p> <p>※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まられています。</p> <p style="text-align: center;">・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 ()</p>			
<p>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。</p> <p>※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前にこの事業の助成対象となった子の氏名を記入して下さい。</p>			
子の氏名	子の生年月日		年 月 日
<p>※内訳は裏面（別紙）に記入してください。</p> <p style="text-align: center;"> 申請金額（治療費） 金 _____ 円 申請金額（交通費） 金 _____ 円 申請金額 合 計 金 _____ 円 </p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">函館市長 様</p>			
振込先金融機関の名称および口座番号等			
振込先金融機関の名称		口座番号	口座名義（フリガナのみ）
銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 出 張 所	普 通 当 座		
<p>○添付資料</p> <p><input type="checkbox"/>受診等証明書 <input type="checkbox"/>婚姻関係が分かる書類（戸籍謄本）</p> <p><input type="checkbox"/>領収書 <input type="checkbox"/>事実婚の場合：申立書</p> <p><input type="checkbox"/>住所が分かる書類（住民票）</p>			

(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。(先進医療分のみ)

※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：Google Maps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、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。

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。