様式第１号の１

札幌市不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり先進不妊治療費の助成を申請します。

・本申請書の記載事項に相違ありません。
・札幌市が、申請者および配偶者（事実婚関係にある者を含む）の住民基本台帳情報を照会・確認することに同意します。
・不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について札幌市が他の自治体へ照会すること、札幌市不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について照会のあったときにこれに回答すること、不妊治療の実施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。
・申請者は、夫婦のいずれかで振込口座の名義人の方です。
・不妊専門相談センターから必要な情報を受けることについて（□同意します　□同意しません）
※太枠の中を記入してください。

記

申請者	（フリガナ） 氏　名	性　別	生　年　月　日
	（　　）	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下さい。

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
銀　行　本　店 金　庫　支　店 農　協　出張所	普　通 当　座	フリガナ（　）

※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　合　計　金　円

年　月　日

札幌市長　様

添付資料

・受診等証明書 ・医療機関が発行する領収書及び明細書のコピー ・口座情報が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等コピー、デジタル通帳をプリントアウトしたもの等）	【以下、該当者のみ】 ・夫婦別世帯の場合、婚姻関係を証明する書類（戸籍全部事項証明） ・事実婚の場合、事実婚関係に関する申立書及び戸籍全部事項証明 ・（交通費を申請する場合）経路及び金額が分かる書類（GoogleMap 等による）

様式第１号の１

（別紙）申請金額内訳書

〇治療費

かかった費用※１	補助基準額※２	補助額※３
A	B	C=B×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。

〇交通費（フェリー代を除く）

※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×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。

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。