第１号様式

札幌市不育症治療費助成事業申請書

あて先）札幌市長

申請年月日　　年　　月　　日
申請者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費等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。

・不育症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、札幌市不育症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、不育症治療の実施に関して指定医療機関及び調剤薬局等に照会すること、市民税課税状況等について調査することについて同意します。

・先進医療として行われ、別紙「不育症検査結果個票」にて提出した場合、検査結果について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため、集約・分析等を行うことについて同意します。

・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。

		夫	妻
助成対象者	（ふりがな） 氏　　名	（　　）	（　　）
	生年月日	年　　月　　日生 （　　）歳	年　　月　　日生（　　）歳
	住　　所	〒	
	電話番号	自宅電話 携帯電話	自宅電話 携帯電話
過去に受けた本市における不育症治療費の助成		□　不育症治療費の助成を受けたことはない □　本市において不育症治療費の助成を受けたことがある	
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	ふりがな（　　）
申請金額 （検査及び治療）		＿＿＿＿＿＿＿＿円	

【添付書類】

1　札幌市不育症治療費助成事業受診等証明書

国の「不育症検査費用助成事業」において先進医療として行われる検査であって、検査の実施機関として届出又は承認がなされている保健医療機関で実施するものについては、別紙「不育症検査結果個票」を添付する。

2　医療機関が発行する領収書及び明細書のコピー

3　札幌市不育症治療費助成事業薬剤内訳証明書

※院外処方による投薬があり、これに要した費用について助成を受ける場合

4　札幌市に住所を有することを証明する書類（続柄の記載があり、マイナンバーの記載のない住民票謄本）

5　通帳等コピー

6　（事実婚の場合）：事実婚に関する申立書

※申請期限は、１回の治療について、治療費を最後に支払った日の翌日から２か月以内となります。入院等やむを得ない理由と認められる場合は、治療費を最後に支払った日の翌日から５か月以内にまで延長できる場合がありますので、不妊専門相談センターまでご相談ください。

※札幌市記入欄

受理年月日	年　　月　　日	審査結果	承認　・　不承認
決定年月日	年　　月　　日	助成金額	円