

猿払村先進不妊治療費等助成申請書

年 月 日

猿払村長 様

申請者 住所 猿払村

氏名（署名） _____

次のとおり助成を受けたいので、猿払村先進不妊治療費等助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名	夫	ふりがな	生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	ふりがな	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 猿払村			
住 所※ 夫・妻	※夫婦の住所が異なる場合に記入し、夫婦の住所を確認できる書類を添付してください。 〒			
助成申請額	内訳は別紙に記入してください。			
	申請金額（治療費：C）	金	_____	円
	申請金額（交通費：D）	金	_____	円
	申請金額（宿泊費：E）	金	_____	円
	申請金額 合 計	金	_____	円
<p>先進不妊治療費等助成申請にあたり、猿払村が住民基本台帳情報などの個人情報を読覧し確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">署名（夫） _____ 署名（妻） _____</p>				

振込先	銀 行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口 座 番 号					
			普通預金 当座預金 その他						
	口座名義人（カタカナ）								

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

1回の治療にかかった費用に10分の7を乗じた金額(1円未満の端数切捨て)、もしくは3万5千円のいずれか低い方の金額を助成します。

先進医療にかかった費用	A	円	「受診証明書」に記載された金額を記入
助成基準額	B	円	① 上記Aの金額が5万円未満⇒Aと同額を記入 ② 上記Aの金額が5万円以上⇒50,000円と記入
助成額	C	円	$B \times 7/10$ (1円未満端数切捨て)、もしくは3万5千円のいずれか低い方の金額を記入

Cの金額を申請書に記入

○交通費・宿泊費

交通費は、自宅から医療機関までの距離数に応じて設定された補助基準額に3分の2を乗じた金額を1回の生殖補助医療につき5回を上限に助成します。宿泊費は交通費に合わせ5回を上限に助成します。

交通手段	自家用車・バス・JR・その他()
行程	自宅 ~ (医療機関名) _____ 病院
距離(片道)	_____ km ※GoogleMap等で計測

※1	受診日	助成基準額 ※2	交通費 助成額 ※3	宿泊にかかった 費用	宿泊費 助成額
1回目	年 月 日	円	円	円	円
2回目	年 月 日	円	円	円	円
3回目	年 月 日	円	円	円	円
4回目	年 月 日	円	円	円	円
5回目	年 月 日	円	円	円	円
計			D 円		E 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。宿泊費は1泊5,000円が上限です。

※2: 交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた基準額があります。

※3: Aに記入した金額に、B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。

距離区分(片道)	助成基準額(往復)	助成額 (3分の2を乗じた額)
50kmを超えて75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで ※旭川市	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える ※札幌市	10,180円	6,786円