

帯広市先進不妊治療費等助成申請書

年 月 日

帯広市長 米沢 則寿 様

申請者氏名 _____

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。なお、この申請に係る住民基本台帳等の閲覧、必要に応じ、他市町村への照会について承諾します。

	(フリガナ) 氏 名		生年月日	
夫	()		年 月 日 (歳)	
妻	()		年 月 日 (歳)	
住所	〒			
住所 注1	〒		電話番号	
過去に、先進不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか？ ・ない ・ある → 帯広市 () 回 他市町村 (_____ 市 町 村 , _____ 回)				
※本事業における前回の助成申請以降に生まれた子どもがいる場合は以下をご記入ください。 氏名 () 生年月日 (年 月 日)				
先進医療にかかった費用 (助成対象経費)		※不妊治療費等助成事業受診等証明書の領収金額 円		
交通費助成 ※交通費助成は 自宅から医療機 関までの距離が 片道 25 kmを超 える場合に限 る。 ↓ 当てはまる方に チェック☑して ください <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし		受診年月日	医療機関名	注2 移動距離 助成単価 (往復)
	1	年 月 日		. km 円
	2	年 月 日		. km 円
	3	年 月 日		. km 円
	4	年 月 日		. km 円
	5	年 月 日		. km 円
				注3 移動手段 (該当するほうに☑してください) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (円)

注1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

注2 自宅から医療機関の距離は地図アプリ等で計測した距離（片道分、小数点第1位まで）を記入してください。

注3 公共交通機関を利用した場合は往復分の金額を記入し、領収書を添付してください。

※助成単価は裏面参照

（参考 交通費の助成基準額単価表）

距離区分（片道）	助成単価 （往復）
25km を超えて 50km まで	1,430 円
50km を超えて 75km まで	2,450 円
75km を超えて 100km まで	3,200 円
100km を超えて 125km まで	4,520 円
125km を超えて 150km まで	5,150 円
150km を超えて 175km まで	5,880 円
175km を超えて 200km まで	6,720 円
200km を超えて 225km まで	8,080 円
225km を超えて 250km まで	8,820 円
250km を超えて 275km まで	9,550 円
275km を超える	10,180 円