

様式第1号（第7条関係）

寿都町先進不妊治療費補助金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり先進不妊治療費等の補助申請をします。

なお、申請に伴い、申請者及び配偶者の属する世帯の町税等、各種使用料等に関する公簿等を閲覧されることに同意します。

記

申請者	氏名	性別	生年月日
		男性 女性	年 月 日生 ( 歳)
住所	寿都町字		
配偶者	氏名	居住地	生年月日
		同居・ ( )	年 月 日生 ( 歳)
過去にこの助成金を受けたことがありますか。			
※この補助金は限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一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。			
※治療対象の子ども毎の補助回数になりますので、以前に不妊治療の補助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 日生
※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			
寿都町長 様			
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（申請者と同一）
銀行 本店	普通	フリガナ ( )	
金庫 支店	当座		
○添付資料			
・受診等証明書 ・領収書等実支出額がわかる書類			

(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。

※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。

1円未満の端数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：補助回数は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。1円未満の端数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

この補助金は、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、この補助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、情報の取扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。

寿都町先進不妊治療費補助金交付事業受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間 (注1)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
今回の治療方法 (注2)	先進医療 A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療 B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査		
領収金額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)			
	先進医療分	領収金額 _____ 円		

(注1) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

(注2) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。