様式第１号（第７条関係）

伊達市不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛名）伊達市長

申請者　住所
氏名

伊達市不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請回数	1・2・3・4・5・6回目 ※○をつけてください

	夫	妻
（フリガナ）		
氏　　名		
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒 電話番号	〒 電話番号
加入医療保険	名称 記号 番号	名称 記号 番号

過去に他の市区町村で不妊治療に対する助成金を受けたことがある、又は受ける見込みがありますか。
□ない　　□ある→過去（　　回）受けたことがある・受ける見込みがある
助成を受けた市区町村名（　　）

今回の治療内容	□ 一般不妊治療　　□ 特定不妊治療　　□先進不妊治療
高額療養費制度等	□給付を受けている　□給付を受けていない

a　治療に要した自己負担額　　※（　）は記入しないでください。

１	一般不妊治療の自己負担額	円	（　　）
２	特定不妊治療の自己負担額	円	（　　）
３	先進不妊治療の自己負担額	円	（　　）
４	先進不妊治療に係る交通費	円	（　　）

b　付加給付額（高額療養費支給額等）　　円　（　　）

c　助成対象不妊治療費（１一般・２特定）　　円（１００円未満を切り捨てて記入）

d　助成対象不妊治療費（３・４先進）　　円
（別紙申請金額内訳書の補助額（治療費及び交通費）の合計額）
（別紙　治療費Ｃ　　円＋交通費Ｄ　　円）

助成金交付申請額（ｃ＋ｄ）	円

同意書

私は、伊達市が伊達市不妊治療費助成金交付申請に係る事務を行うに当たり、私及び夫（妻）の住民基本台帳、市税又は国民健康保険税の納付状況等の個人情報（同一世帯者を含む。）を閲覧することに同意します。

また、必要に応じ、他の市区町村に対し、この申請に関係する情報の照会又は提供を行うことに同意します。

年　　月　　日

申請者　　住所
氏名

◎先進不妊治療を受けた方は、裏面も併せて記入してください。

（別紙）申請金額内訳書

○治療費

要した費用※１	補助基準額※２	補助額※３
A	B	C＝B×7/10
円	円	円

※１：実際に要し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。

※４：ｃに記入した額を申請書のｄ助成対象不妊治療費（３・４先進）欄「治療費C」に記入してください。

○交通費

※１	要した費用 ※２	自宅から医療機関までの距離※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
合　計				円

※１：助成対象は、１回の治療につき２回までです。

※２：公共交通機関を使用した場合に要した費用を記入してください。

※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、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、３分の２を掛けた金額を記入してください。
１円未満は、切り捨ててください。

※６：Dの合計欄に記入した額を申請書のｄ助成対象不妊治療費（３・４先進）欄「交通費D」に記入してください。