

第1号様式（第7条関係）

千歳市不妊治療費（先進医療）等助成事業申請書

千歳市長 様

令和 年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。また、千歳市が不妊治療費等助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

	氏名（ふりがな）		生 年 月 日	
申請者	（ ）		S・H 年 月 日生（ 歳）	
配偶者	（ ）		S・H 年 月 日生（ 歳）	
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします（過去に事実婚で助成を受けた方を含む）				
住 所	〒 - 千歳市		電話	
配偶者住所 <small>申請者と異なる場合のみ</small>	〒 - 千歳市		電話	
今回の治療期間	今回は _____ 回目		過去に本事業の助成歴 あり（通算 _____ 回）・なし 助成を受けた自治体名（ ）	
交通費	交通手段 鉄道・バス・自家用車・その他（ ）	行程 自宅～	距離（片道）	GoogleMap等で計測 Km
申請者 氏 名	不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 （口座名義人と同一の者） （申請者及び配偶者が記名押印） _____ 印		配偶者 _____ 印	
申請金額（合計）				
治療費 金 _____ 円				
交通費 金 _____ 円（裏面参照）				
合計 金 _____ 円				
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	ふりがな			
	口座名義人			
★ 決 定 欄	決 裁	課 長	係 長	係
決定年月日 令和 年 月 日				
1 上記の申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：				
支給金額： _____ 円 （治療費： _____ 円（かかった経費の7/10・上限3万5千円） 交通費： _____ 円）				

<対象となる先進医療>

令和5年10月1日時点で告示されている先進医療は以下のとおりです。

- 1 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)
- 2 タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
- 3 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)
- 4 子宮内膜刺激胚移植法(SEET 法)
- 5 子宮内膜受容能検査(ERA)
- 6 子宮内膜スクラッチ
- 7 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMS)
- 8 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)
- 9 子宮内膜受容能検査(ERPeak)
- 10 二段階胚移植法
- 11 マイクロ流体技術を用いた精子選別
- 12 反復着床不全に対する投薬(タクロリムス)
- 13 着床前肺異数性検査(PGT - A)

最新の情報、それぞれの登録医療機関については厚生労働省のホームページで確認できます。



<助成額について>

治療費助成金額

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)と3万5千円のいずれか低い方の金額となります。

交通費助成金額

距離区分	助成基準額	助成額 (3分の2乗じた額)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	953円
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	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	10,180円	6,786円