

留寿都村不妊治療費等助成金交付申請書

下記のとおり、関係書類を添えて、先進不妊治療費及び交通費の助成を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生 年 月 日
	()	男性 女性	年 月 日 (歳)
	※本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に紹介すること及び本申請の審査に当たり申請者、配偶者及び子の住所、続柄等について公簿により確認することについて同意します。		
住 所	〒 電話 ()		
配偶者	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、()内に配偶者の住所地市町村名を記入してください	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ※この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、助成回数の上限が決められています。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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1子ごとの助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入してください。		子の氏名	
		子の生年月日	年 月 日
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 ※申請金額の内訳は別紙に記入してください。 年 月 日			
留寿都村長 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	
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	フリガナ ()	
この申請による、助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。			
年 月 日			
委任者氏名			印

* 転入された方は、以前にお住まいの自治体に対し過去の助成金交付状況を確認することがありますのでご承知ください。

* 本申請書には、次の書類を添えて提出してください。

- ・ 不妊治療費等助成事業受診等証明書
- ・ 治療費は、治療期間中の不妊治療に係る領収証、明細書等。
- ・ 交通費は、自宅から医療機関まで公共交通機関を利用した場合、実支出額が分かる書類
- ・ その他、助成申請時の状況に応じて住民票等を提出いただくことがあります。

(別紙)

申請金額内訳書

○治療費

支払った金額※1	助成基準額※2	助成申請額※3
A	B	$B \times 7/10$
円	円	円

※1：先進不妊治療について医療機関に支払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、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を乗じ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。

○交通費

※1	かかった費用 ※2	自宅から医療機関ま での距離 ※3	助成基準額 ※4	助成申請額 ※5
	A	B	C	AとCを比較し て少ない方の額
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：助成の回数は、1回の治療期間につき5回までです。

※2：公共交通機関を利用した場合、かかった費用を記入してください。公共交通機関を利用しなかった場合は、空欄で構いません。

※3：Google Map等で計測した距離を記入してください。

※4：1回当たりの助成額は、次の表のとおり距離区分に応じ上限額があります。

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

※5：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、上限額を記入してください。