

森町先進不妊治療費助成事業申請書

森町先進不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて先進医療不妊治療費等の助成を申請します。

なお、申請に伴い、申請者及び配偶者の属する世帯の住民基本台帳等、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。

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日
	(もり まち さくらこ) 森町 桜子 ※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照会すること、森町に備える各種公簿等の閲覧をされることについて同意します。	男性 <input checked="" type="radio"/> 女性	平成2年 3月 4日生 (34歳)
住所	〒049-2393 森町字御幸町144番地1 電話 01374 (7) 1085		
配偶者	(ふりがな) 氏名	居住地	生年月日
	(もりまち くりお) 森町 栗夫	<input checked="" type="radio"/> 同居 ()	平成3年 4月 5日生 (33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、1人当たりの支給回数の上限が決められています。			
<input checked="" type="radio"/> 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。 ※治療対象のこども毎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 35,000 円			
申請金額 (交通費) 金 29,400 円			
申請金額 合計 金 64,400 円			
○年 ○月 ○日			
森町長 様			
振込先金融機関の名称と口座番号			
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義	
●● 銀行 農協 △△ 本店 出張所	普通 9999999 当座	ツリガナ (くりお さくらこ) 森町 桜子	
○添付資料 ・受診等証明書 ・領収書等実支出額がわかる書類 ・(交通費を申請する場合) 経路が分かる書類 (GoogleMap等による) ・(2子以降の場合) 子の情報が分かる書類 (戸籍謄本等)			

(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	$C=B \times 7/10$
60,000 円	50,000 円	35,000 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	230 km	8,820円	5,880円
2回目	円	230 km	8,820円	5,880円
3回目	円	230 km	8,820円	5,880円
4回目	円	230 km	8,820円	5,880円
5回目	円	230 km	8,820円	5,880円
計	円			29,400円

※1：助成回数は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または空欄の場合は、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、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、この助成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おきください。

なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。