様式第１号（第６条関係）

森町先進不妊治療費助成事業申請書特定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 |
| （　　　　　　　 ）  ※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  　・  女 性 | | 年　　月　　日生  （　　　歳） |
| 住　所 | | 〒    電話　　　（　　） | | | | | |
| 配偶者 | | （ふ　り　が　な）  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。 | | | | | | | |
| ・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　　　　　　　　　　　　　　　円  申請金額（交通費）　　金　　　　　　　　　　　　　　　円  申請金額 合 　計 　　金　　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　年　　月　　日  森町長　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 | |
| 銀　行　　　　　本　店  金　庫　　　　　支　店  農　協　　　　　出張所 | | | | 普　通    当　座 | | ﾌﾘｶﾞﾅ（　　　　　　　　　　　） | |
| ○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×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×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：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。