様式第１号（第６条関係）

由仁町不妊治療等助成事業申請書

年　　月　　日

由仁町長　様

申請者　住　所　由仁町

氏　名

連絡先　　　　　（　　　　）

由仁町不妊治療等助成事業の助成を受けたいので、由仁町不妊治療等助成事業実施要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、由仁町が住民基本台帳を閲覧すること、町税等の状況を調査すること、他の市町村及び医療機関等に対し申請に関する情報を照会、または提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 申請者 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | |
| 配偶者 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | |
| 住　所 | ※配偶者の住所が異なる場合に記入してください。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか  　・な　　い　　・あ　　る　→　過去（　　回）受けたことがある  　　　　　　　　　　　　　　　　助成を受けた市町村（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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。  ※治療対象の子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ください。  子の氏名　　　　　　　　　　　　　　子の生年月日　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 申請金額 | ※内訳は別紙に記載してください。  　治療費　　　　　　　　　　　　　　円  　交通費　　　　　　　　　　　　　　円  　合　計　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | |
| 振込先  口　座 | 金融機関 | | 銀行・組合　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支店・支所 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | 普　通　・　当　座 | |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義 | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

**（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。

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。小数点以下は、切り捨ててください。

【別表】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 距離区分（片道） | 補助基準額（往復） | 補助額（３分の２乗じた額） |
| 25km以内 | 対象外 | 対象外 |
| 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 |

**〇添付書類**

□由仁町不妊治療等助成事業受診等証明書　　□領収書及び明細書の写し

□公共交通機関の領収書の写し、又は自宅から医療機関までの経路が分かる書類（GoogleMap等）

□本人確認書類の写し　　　　　　　　□申請者の振込先口座がわかるものの写し

□（夫婦が別世帯の場合）戸籍謄本　　□（事実婚の場合）戸籍謄本、事実婚関係に関する申立書