

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	$C = B \times 7/10$
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、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	$D = C \times 2/3$
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、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

○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