

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	助成基準額	助成額※ 2
A	B	C=A又はBのいずれか低い方の金額×7/10
円	150,000円	円

※ 1 : 実際にかかった金額を記入してください。

※ 2 : A又はBのいずれか低い方の金額に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	助成基準額 ※ 4	助成額 ※ 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)	助成基準額 (往復)	助成額 (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	1,840 円	1,226 円
50km を超えて 75km まで	3,180 円	2,120 円
75km を超えて 100km まで	4,040 円	2,693 円
100km を超えて 125km まで	5,060 円	3,373 円
125km を超えて 150km まで	6,160 円	4,106 円
150km を超えて 175km まで	7,920 円	5,280 円
175km を超えて 200km まで	8,800 円	5,866 円
200km を超えて 225km まで	9,680 円	6,453 円
225km を超えて 250km まで	10,340 円	6,893 円
250km を超えて 275km まで	11,880 円	7,920 円
275km を超える	12,540 円	8,360 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