

雄武町先進不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

記

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について同意します。	男性 ・ 女性	年 月 日 (日生歳)
住 所	〒 紋別郡雄武町 電話 ()		
配偶者	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者の居住する市町村名	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	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下さい。			
子の氏名		子の生年月日	年 月 日
※内訳は別紙に記入してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請金額（治療費） 金 _____ 円 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請金額（交通費） 金 _____ 円 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請金額 合 計 金 _____ 円 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 年 月 日 雄武町長 様 </div>			
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	口座名義人名
銀行 信金 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所	普通 当座	ふりがな ()
○添付資料 ・受診等証明書 ・本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等の写し） ・領収書 ・振込先口座が分かる書類（通帳、キャッシュカードの写し）			

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	助成基準額※2	助成額※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	助成基準額 ※4	助成額 ※5
	A	B	C	AとCのいずれか 低いほう
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、下表のとおり距離に応じた基準（上限）額があります。

距離（片道）	基準額（往復）	距離（片道）	基準額（往復）
25kmを超えて 50kmまで	1,430円	175kmを超えて200kmまで	6,720円
50kmを超えて 75kmまで	2,450円	200kmを超えて225kmまで	8,080円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	225kmを超えて250kmまで	8,820円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	251kmを超えて275kmまで	9,550円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	275kmを超える	10,180円
150kmを超えて175kmまで	5,880円		

- ※5：Aの額とCの額を比較して、低いほうの額を記入してください。

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。