

愛別町不妊治療費等助成事業申請書

受付印

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(自署)	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紹介す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	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者の市町村名	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 してください。			
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。			
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			
愛別町長 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 (注)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	ふりがな ()
○添付資料 <共通> 受診等証明書、領収書、住民票謄本（記載事項（個人番号を除く。）を省略していない発行日から3か月以内のもの） <その他必要な書類> 事実婚の場合：両人の戸籍謄本、事実婚申立書 2子以降の場合：子の情報が分かる書類（戸籍謄本等） <交通費を申請する場合>経路が分かる書類（GoogleMap等による）			

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

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ください。

なお、情報の取扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。