

当麻町不妊治療費助成事業申請書

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
	()	男性 ・ 女性	年 月 日生 (歳)
※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。			
住 所	〒 _____ 電 話 () _____		
配偶者	同居 ・ 別居 () ※別居の場合、配偶者市町村名 ()	妻の年齢 ※申請者が男性の場合のみ記入	歳
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 今回は _____ 回目 ※過去に本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり（通算 _____ 回） ・ <input type="checkbox"/> なし 助成をうけた自治体 ()		
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
※内訳は裏面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		当麻町長 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
銀 行	本 店	普 通	フリガナ ()
金 庫	支 店		
農 協	出張所	当 座	
○添付資料 ・ 受診等証明書 ・ 領収書 ・ 住所が分かる書類 ・ (交通費を申請する場合) 経路が分かる書類 (GoogleMap等による) ・ (2子以降の場合) 子の情報が分かる書類 (戸籍謄本等)			

(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（フェリー代を除く）

※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。

同意書

◆私たちは、当麻町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、当麻町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。

※町税の滞納がある場合は、助成の対象となりません。

年 月 日

氏名 夫 _____ 妻 _____

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。

※当麻町記入欄

申請受理 年月日	(承認・不承認)決定年月日	
	助成決定額	円