

遠別町不妊治療費等助成事業申請書

記載例

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。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・不妊治療費等助成事業による助成金の交付状況について、遠別町が他の自治体へ照会すること、不妊治療の実施に関して医療機関等に照会することに同意します。

申請者は、夫婦のいずれかで振込口座の名義人の方です。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日									
	(ほっかい はまなす) 北海 浜梨 ㊞	男性 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女性	平成5年 5月 5日生 (30 歳)									
住所	〒098-0000 遠別町字本町〇丁目〇-〇 電話 012 (345) 6789											
配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 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。												
・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。 ※治療対象のこと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	北海 野花	子の生年月日	令和1年 12月 24日									
※内訳は別紙に記入してください。												
<table border="0"> <tr> <td>申請金額 (治療費)</td> <td>金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>申請金額 (交通費)</td> <td>金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>申請金額 合 計</td> <td>金</td> <td>円</td> </tr> </table>				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
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										
<p>令和6年 1月 10日</p> <p style="text-align: right;">遠別町長 様</p>												
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)										
〇〇 銀行 〇〇 本店 金庫協 支店 農協 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 0123456 当座	ふりがな (ほっかい はまなす) 北海 浜梨										
○添付資料		○助成回数										
<input type="checkbox"/> 不妊治療費等助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関が発行する領収書・明細書等 <input type="checkbox"/> 振込口座の通帳またはキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> 住所がわかる書類(住民票謄本) <input type="checkbox"/> (事実婚の場合) 両人の戸籍謄本・住民票謄本・申立書 <input type="checkbox"/> (交通費を申請する場合) 経路が分かる書類 (GoogleMap等による) <input type="checkbox"/> (2子以降の場合) 子の情報が分かる書類 (戸籍謄本等)		<input type="checkbox"/> 通算6回まで <input type="checkbox"/> 通算3回まで										

領収書・明細書をもとに、遠別町で精査し、金額を計算しますので、空欄のままご提出ください。

○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。

領収書・明細書をもとに、遠別町で精査し、金額を計算しますので、空欄のままご提出ください。

○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。

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。