様式第1号(第6条関係)

大樹町不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

大樹町長　様

申請者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

電話番号

大樹町不妊治療費助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

・町が個人情報（住民情報、町税等の納入状況）の内容を確認すること、必要に応じて他の市区町村へ助成の状況を確認することについて同意します。

・本申請に係る治療に対し、他の市区町村からの助成を受けていません。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療を受けた夫婦の氏名 | | 生　年　月　日 |
| 夫 |  | 年　　　月　　日生（　　　歳） |
| 妻 |  | 年　　　月　　日生（　　　歳） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請額 | 一般不妊治療の自己負担額 | | 円 |
| 特定不妊治療の自己負担額  （保険適用外も含む） | | 円 |
| 交通費(特定不妊治療のみ) | | 円 |
| 治療を受けた  医療機関名 |  | | |
| 過去の治療回数 | ※特定不妊治療分のみ。保険診療適用後からの通算回数（　　　　　　　）回 | | |
| 振　込　先 | 金　融　機　関　名 | | 預　金　種　別 |
| 銀行　　　　本店  　　　　　　金庫　　　　支店  　　　　　　農協　本所・支所 | | 普通　・　当座　・　貯蓄 |
| 口　座　番　号 | | （ふ　り　が　な）  口　座　名　義　人 |
|  | |  |
| 添　付　書　類 | | １大樹町不妊治療費助成受診等証明書（様式第２号又は様式第３号）  ２助成対象治療に係る医療機関発行の領収書  ３助成対象治療に係る薬剤明細書と領収書  ４高額療養費の支給または付加給付を受けている方は証明書の写し  ５治療を受けた医療機関までの経路がわかる書類(GoogleMap等による)  ６夫婦の一方が町外に住所を有する場合は戸籍謄本、町外の方の住民謄本  ７事実婚の場合は事実婚関係に関する申立(様式第４号) | |
| 備　　　　　考 | |  | |

交通費内訳(特定不妊治療のみ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 交通費 | |
| 回数 | 受診日 | 自宅から医療機関の距離※1 | 助成額(往復)※2 |
| 1回目 | 年 　月　 日 | km | 円 |
| 2回目 | 年　 月　 日 | km | 円 |
| 3回目 | 年　 月　 日 | km | 円 |
| 4回目 | 年　 月　 日 | km | 円 |
| 5回目 | 年　 月　 日 | km | 円 |
| 合計 | |  | 円 |

※1　自宅から医療機関の距離はGoogleMap等で計測した距離を記入してください。

※2　交通費は、距離に応じた額を回数ごとに(別表)、その合計を合計欄に記入してください。

※3　助成回数は通算1回の治療につき、5回を上限とします。

(別表)

|  |  |
| --- | --- |
| 距離区分 | 助成額(往復) |
| ～50km | 1,430円 |
| 50km～75km | 2,450円 |
| 75km～100km | 3,200円 |
| 100km～125km | 4,520円 |
| 125km～150km | 5,150円 |
| 150km～175km | 5,880円 |
| 175km～200km | 6,720円 |
| 200km～225km | 8,080円 |
| 225km～250km | 8,820円 |
| 250km～275km | 9,550円 |
| 275km～ | 10,180円 |