

(様式第1号)

# えりも町先進不妊治療費等助成事業申請書 ( 回目)

年 月 日

えりも町長 様

次のとおり助成を受けたいので、えりも町先進不妊治療費等助成事業実施要綱第6条に規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名	夫		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	妻		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒 えりも町字			
住所※ (夫・妻)	※夫婦の住所が異なる場合に記入し、夫婦の住所を確認できる書類を添付してください。 〒			
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子以降の先進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			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	
先進不妊治療費等助成事業申請にあたり、えりも町が住民基本台帳情報などの個人情報を閲覧し確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することについて同意します。また、必要に応じほかの市区町村に対しこの申請に関する情報を照会し、また提供することについて同意します。				
署名 (夫) _____ 署名 (妻) _____				

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 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	ふりがな ( )

(様式第1号)

(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、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（片道）※3	基準単価※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

**【助成基準単価（上限）】**

距離区分（片道）	1回あたりの基準単価（往復）
25kmを超えて50kmまで	1,430円
50kmを超えて75kmまで	2,450円
75kmを超えて100kmまで	3,200円
100kmを超えて125kmまで	4,520円
125kmを超えて150kmまで	5,150円
150kmを超えて175kmまで	5,880円
175kmを超えて200kmまで	6,720円
200kmを超えて225kmまで	8,080円
225kmを超えて250kmまで	8,820円
250kmを超えて275kmまで	9,550円
275kmを超える	10,180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。自家用車で通った場合など、費用が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。ただし、町の計測基準で判断します。

※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、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。