

木古内町不妊治療費等助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）等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
	() ④	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 して下さい。			
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 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 </div> 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">木古内町長 様</div>			
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 ()	
木古内町不妊治療費等助成事業の申請にあたり、木古内町が住民基本台帳情報等を確認すること、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照会することについて同意します。また、必要に 応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。			
署名 (夫)		署名 (妻)	
【添付資料】 <input type="checkbox"/> 木古内町不妊治療費等助成事業受診等証明書（別記様式第2号） <input type="checkbox"/> 検査・治療に係る領収書 <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類		【助成回数】 <input type="checkbox"/> 通算6回まで <input type="checkbox"/> 通算3回まで	

(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	$C=B \times 10/10$
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10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	$D= C \times 10/10$
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10分の10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。

【 転入された方へ 】

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。