

別記様式第1号(第6条関係)

浜中町不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住所
氏名
(電話番号)

下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

(フリガナ) 夫の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 妻の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
治療の対象となる子	第 子		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療内容 (該当するものに○)	・一般不妊治療 ・生殖補助医療 →うち先進医療を併用して 実施した ・ 実施していない		
申請金額	金 _____円 【内訳】詳細は裏面のとおりに 保険適用不妊治療費 _____円 先進不妊治療費 _____円 交通費 _____円		
過去に先進不妊治療にかかる助成金を受けたことがありますか。(ない ・ ある) ※受けたことがある場合 (_____回 助成を受けた自治体名 _____)			
振込先金融機関	支店名	預金種目	口座番号
		1 普通 2 当座 3 その他	
フリガナ			
口座名義人			

* 申請者と口座名義人は原則同一人物としてください。

* 添付書類

- 一般不妊治療費助成事業受診等証明書または生殖補助医療費助成事業受診等証明書
- 領収書および診療明細書
- 高額療養費等の給付額がわかる書類 (高額療養費等の給付がある場合)
- 振込先口座の通帳の写し等

(申請金額内訳)

・保険適用不妊治療費

	自己負担額 [A]	高額療養費等 ※ [B]	申請額 [A]－[B]
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
計			円

※ 加入する医療保険者からの高額療養費や付加給付等の給付額を記入してください。

・交通費

受診医療機関名	自宅から医療機関 までの距離 ※	助成額 [A]	通院日数 [B]	申請額 [A]×[B]
	k m	円	日	円
	k m	円	日	円
	k m	円	日	円
計				円

※ GoogleMap 等で計測した最短距離を記入してください。

別表

自宅から医療機関までの 距離区分	助成額 (往復)	自宅から医療機関までの 距離区分	助成額 (往復)
25km を超えて 50km まで	1,430 円	175km を超えて 200km まで	6,720 円
50km を超えて 75km まで	2,450 円	200km を超えて 225km まで	8,080 円
75km を超えて 100km まで	3,200 円	225km を超えて 250km まで	8,820 円
100km を超えて 125km まで	4,520 円	250km を超えて 275km まで	9,550 円
125km を超えて 150km まで	5,150 円	275km を超える	10,180 円
150km を超えて 175km まで	5,880 円		