

様式第1号（第6条関係）

増毛町不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。
 なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録の調査及び本申請内容について、ほかの公共
 団体への照会並びに領収書及び診療明細書の内容を医療機関に照会することに同意します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名		生 年 月 日		
	()		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。 ・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	
※内訳は裏面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 年 月 日 増毛町長 様					
振込先金融機関	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・漁協			本店・支店 本所・支所
	口座別	口座番号	口座名義人	フリガナ ()	

○添付資料
 ・受診等証明書
 ・領収書
 ・住所が分かる書類
 ・(交通費を申請する場合) 経路が分かる書類 (GoogleMap等による)
 ・(2子以降の場合) 子の情報が分かる書類 (戸籍謄本等)

(裏面)

申請金額内訳書

○治療費

かかった費用 ※1	助成(基準)額 ※2
A	B
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。

○交通費

	かかった費用 ※2	自宅から医療機関の距離 ※3	助成(基準)額 ※4
※1	A	B	C
1回目	円	km	円
2回目	円	km	円
3回目	円	km	円
4回目	円	km	円
5回目	円	km	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。

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。