

中標津町不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

中標津町長 様

申請者氏名 印

中標津町不妊治療助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

中標津町が、申請事項確認のため住民基本台帳、戸籍謄本、町税等納付状況を閲覧し調査することに同意し、申請します。									
	夫				妻				
(ふりがな) 氏 名	()				()				
生年月日	年 月 日生 ()歳				年 月 日生 ()歳				
住所									
住所※	※夫婦で住所が異なる場合に記入してください								
連絡先									
申請額	交通費	円							
	宿泊費	円							
	合 計	円							
振込先	銀行	支店	口座番号	当座					
	信用金庫	本所	口座名義	普通					
	組合			ふりがな()					
今回の交付申請額に対し、助成金を受けたことがありますか。また、受ける見込みはありませんか。									
・ない ・ある → 助成を受けた市町村名()									
添付書類	・中標津町不妊治療助成事業医療機関受診等証明書 ・治療に係る領収書及び明細書(写し) ・交通費並びに宿泊費に係る領収書(写し)								

裏面も記入してください

支給決定額

○交通費

日付	公共交通機関の場合	自家用車の場合		申請額
	かかった費用※１	自宅から医療機関の距離※２	助成対象額	
	A	B	C=B×15円※３	D=A+C
計				

※1 公共交通機関を使用した場合、かかった金額を記入し、領収書を添付してください。

※2 自家用車を使用した場合 自宅から医療機関の距離は地図アプリ等で計測した距離(片道分または往復分、小数点1位まで)を記入ください。

※3 小数点以下は切り捨て

○宿泊費

日付	宿泊数	かかった費用※5	申請額※6
	A	B	C
計			

※5 宿泊にかかった金額を記入し、領収書を添付してください。

※6 宿泊費の助成額は、一泊につき5千円が上限です。Bに記載した金額が上限未満の場合は、Bに記入した金額を記入してください。Bに記載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。