

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	※夫婦の住所が異なる場合に記入してください。				
連絡先					
過去に、先進不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか。 ・なし ・ある → 中標津町 （ ）回 他市町村名 （ ） ※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ご記入ください。 氏名（ ） 生年月日()					
申請金額	先進医療にかかった費用		円		
	交通費		円		
	合計		円		
振込先	銀行信用金庫組合 支店 本所		口座番号	当座普通	
			(フリガナ)口座名義		
添付資料	・不妊治療费等助成事業受診等証明書 ・治療に係る領収書及び明細書				

※ 助成単価は裏面参照

(別紙)申請額内訳書

○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
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。50,000円以上の場合は、50,000円と記入。

※3 小数点以下は切り捨て

○交通費

	かかった費用※1	自宅から医療機関の距離※2	補助基準額※3	補助額※4
	A	B	C	$D=C \times 2/3$
1回目				
2回目				
3回目				
4回目				
5回目				
計				円

※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、小数点1位まで)を記入ください。

※3 距離区分(自宅から医療機関まで)

補助単価(往復)		補助単価(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		

交通費の助成額は、表の通り距離に応じた上限額があります。

Aに記載した金額が、上限未満の場合は、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。

※4 小数点以下は切り捨て

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する

説 明 書

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。