

天塩町先進不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

天塩町長 様

申請者 住所 天塩町  
氏名

天塩町先進不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

夫	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名					
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名					
住所	天塩町		電話			
申請状況	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→過去 ( _____ 回、助成を受けた自治体名 _____ )					
申請額	円 (1円未満切捨)					
	治療費 (a)	_____ 円				
	交通費 (b)	_____ 円				
	合計 (a + b)	_____ 円				
同意書						
私たちは、天塩町先進不妊治療費等助成事業の交付要件の確認のため、天塩町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。						
年 月 日						
氏名	夫 _____ 印	妻 _____ 印				
振込先	銀行・信金		本店・支店	預金種目	普通・当座	
	(フリガナ) 口座名義人			口座番号		

※1 夫婦のどちらか一方（振込先の口座名義人となる方）を申請者としてください。

【添付書類】

- ・天塩町先進不妊治療費等助成事業受診等証明書
- ・夫及び妻の戸籍謄本、又は戸籍全部事項証明書
- ・領収書及び診療明細書
- ・振込先の通帳の写し

(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	$C=B \times 7/10$
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7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	$D= C \times 2/3$
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3分の2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。

距離区分（片道）	助成基準額（往復）	助成額 (3分の2を乗じた額)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	953円
50kmを超えて75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える	10,180円	6,786円