様式第１号（第６条関係）

浦幌町生殖補助医療費助成金交付申請書

　　　年　　　月　　　日

浦　幌　町　長　　様

(申請者)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　関係書類を添えて、下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 夫 | | | | | 妻 | | |
| ふりがな | |  | | | | |  | | |
| 氏　名 | |  | | | | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生（　　歳） | | | | | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 申請者と別の住所 | | ※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（　夫　・　妻）  〒 | | | | | | | |
| 治療費申請金額  (自己負担額) | | 円 | | | | | | | |
| 交通費申請金額 | | 円 | | | | | | | |
| 振  込  先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | 本店  支店  出張所 | | |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | | | |  | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | (左詰めで記入) |
| 口座名義人  (申請者) | | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  浦幌町生殖補助医療費助成事業実施要綱第７条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税等の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配偶者 |

※必要書類

①　浦幌町生殖補助医療費助成受診等証明書（様式第２号）

②　生殖補助医療に要した医療機関発行の領収書

③　口座の確認できるものの写し（通帳等）

④　高額療養費支給決定通知書（高額療養費が適用されている場合、申請額が高額療養費限度額未満の場合は不要）

⑤　事実婚で同一世帯でない場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第４号）

（参考　交通費の助成基準額単価表）

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅から医療機関までの距離区分 | 助成単価（往復） |
| 75kmまで | 2,580円 |
| 75kmを超えて100kmまで | 3,200円 |
| 100kmを超えて125kmまで | 4,520円 |
| 125kmを超えて150kmまで | 5,150円 |
| 150kmを超えて175kmまで | 5,880円 |
| 175kmを超え200kmまで | 6,720円 |
| 200kmを超えて225kmまで | 8,080円 |
| 225kmを超えて250kmまで | 8,820円 |
| 250kmを超えて275kmまで | 9,550円 |
| 275kmを超える | 10,180円 |

別紙

　交通費の詳細

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | | 受診等年月日 | 交通費申請額  （※注１） |
| 生  殖  補  助  医  療 | 回目 | 年　 　月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　 　月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　 　月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　 　月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 回目 | 年　　 月 　　日 | 円 |
| 合　　　　計 | | | 円 |

注１　様式第１号（第６条関係）の裏面に記載している、交通費の助成基準額単価表を参照して下さい。