

様式第 1 号 (第 5 条関係)

斜里町先進不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所 斜里町
氏 名
電 話 ()

斜里町先進不妊治療費等助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫の生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
申請金額 (治療費)	円		
申請金額 (交通費)	円		
申請金額 (合計)	円		
不妊治療を受けた医療機関	所在地		
	名 称		
過去にこの助成金を受けた ことがありますか	<input type="checkbox"/> はい (通算 回) (自治体名) <input type="checkbox"/> いいえ		
今回の治療分の助成金を ほかの自治体で申請して いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

(添付書類)

- 1 先進不妊治療受診等証明書 (様式第 2 号)
- 2 不妊治療を受けた医療機関及び当該医療機関が処方した不妊治療のため処方薬に係る調剤薬局発行の領収書
- 3 住民票 (夫婦別世帯の場合のみ)
- 4 戸籍謄本 (事実婚関係にある者のみ)
- 5 事実婚関係に関する申立書 (事実婚関係にある者のみ) (様式第 3 号)

町記入欄（申請者は記入しないでください）

■治療費

かかった費用	助成基準額（50,000円）と Aを比較して少ない額	助成額※1
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

※1：小数点以下は切り捨て

■交通費

	かかった費用 (公共交通機関等)	自宅から医療機 関の距離	助成基準額（別 表）とAを比較し て少ない額※1	助成額※2
	A	B	C	$D=C \times 2/3$
1回目	円	k m	円	円
2回目	円	k m	円	円
3回目	円	k m	円	円
4回目	円	k m	円	円
5回目	円	k m	円	円
計	円			円

※1：公共交通機関以外は助成基準額で算定する

※2：小数点以下は切り捨て

交通費別表

距離区分	助成基準額 (往復)
25kmを超えて50kmまで	1,430円
50kmを超えて75kmまで	2,450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を超えて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