

様式第1号(第4条関係)

若狭町特定不妊治療に係る通院交通費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

若狭町長 様

申請者 住所
氏名
連絡先

若狭町特定不妊治療に係る通院交通費助成事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付を受けたく次のとおり申請及び請求をします。

氏名		生年月日	
夫		年 月 日 (歳)	
妻		年 月 日 (歳)	
通院状況	医療機関名		
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	交通費	裏面のとおり	
申請額		円	
振込先	金融機関名	支店名	
	種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

※口座名義は、申請者の口座としてください。

<添付するもの>

- ① 通院証明書(様式第2号)
- ② 有料道路の利用日時、区間及び料金を負担したこと等が分かる資料
- ③ 振込口座が分かるものの写し

同意書	
私たちは、若狭町特定不妊治療に係る通院交通費助成金の支給要件の確認のため、若狭町長が住民基本台帳及び町税・所得等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。	
氏名 夫	妻

若狭町証明欄

上記について、助成金の支給を決定する。

年 月 日

助成金支給決定額 円

若狭町長

特定不妊治療通院交通費明細書

年月日	交通手段		a.公共交通機関等利用料	b.有料道路通行料	c.距離分料金	(a+b+c)×0.8
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車				
			合計	円		

【記載上の注意】

- (1) 通院日によって医療機関が異なる場合は、欄外にその旨を記載すること。
- (2) 治療を受ける本人の通院に係る交通費のみを記載すること。
- (3) a欄について:公共交通機関を利用した場合は、自宅から指定医療機関まで通常利用される停留所間又は駅間の料金を記載すること。なお、往復で利用した場合は、往復料金を記載すること。
- (4) b欄について:有料道路を利用した場合は、合計金額を記載すること。
- (5) c欄について:自家用車を利用した場合は、「自宅から指定医療機関までの経済的・合理的な経路の距離(km)×37円」より算定された額を記載すること。
- (6) 助成申請額は、abcを合計した金額に0.8を乗じて得た額とし、1円未満の端数は切り捨てること。
- (7) 助成申請額は、1回6万円を上限とすること。
- (8) 最も経済的・合理的な経路で助成金額を決定しますので、助成額が申請額と異なる場合があります。御了承ください。