

別記様式第1号（第6条関係）

深川市先進不妊治療費等助成申請書（ 回目）

年 月 日

深川市長 様

申請者 住所 深川市

氏名（署名） _____

次のとおり助成を受けたいので、深川市先進不妊治療費等助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名	夫	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
	妻	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 深川市			
住所※ 夫・妻	※夫婦の住所が異なる場合に記入し、夫婦の住所を確認できる書類を添付してください。 〒			
助成申請額	内訳は別紙に記入してください。 申請金額（治療費） 金 _____ 円 申請金額（交通費） 金 _____ 円 申請金額（文書料） 金 _____ 円 申請金額 合計 金 _____ 円			
先進不妊治療費等助成申請にあたり、深川市が住民基本台帳情報などの個人情報を開覧し確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。 署名（夫） _____ 署名（妻） _____				

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号					
	普通預金 当座預金 その他								
	口座名義人（カタカナ）								

(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。わ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。

※ここから下は記入しないでください。（深川市記入欄）

課長	主幹	課長補佐	係長	主査	係

本件支給決定し、別紙のとおり通知してよろしいか伺います。

年 月 日