

陸別町生殖補助医療費等助成金交付申請書

年 月 日

陸別町長 様

(申請者)
住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり生殖補助医療費等助成金の交付を申請します。

申請額 円 ※別紙 申請額 F

		夫		妻	
ふりがな					
氏 名					
生年月日		年 月 日生まれ (歳)		年 月 日生まれ (歳)	
申請者と別の住所		*申請者と住所が異なる場合のみ記入 (夫・妻)			
医 療 費		円 ※別紙 申請額 C－受給額 D			
交 通 費		円 ※別紙 申請額 E			
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	ゆうちょの場合	店名	店番
	口 座 番 号				
口座名義人 (申請者)		(フリガナ)			

<調査同意書>

陸別町生殖補助医療費等助成金交付要綱第 6 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。

氏名	電話番号	調査 同意	町民課 税務担当	照合印
申請者		㊞	税の滞納	有 ・ 無
配偶者		㊞	税の滞納	有 ・ 無

※以下、申請者は記入しないで下さい。

申請者の住民登録日	年 月 日	申請者と配偶者の 婚姻関係	有 ・ 無
配偶者の住民登録日	年 月 日	婚姻関係確認者印	
住民登録確認者印			

(裏面あり)

【必要書類】

- ① 陸別町生殖補助医療費等助成金に係る受診等証明書（様式第2号）
- ② 医療機関が発行する生殖補助医療及び先進医療費に係る領収書・明細書の写し（院外処方箋に係るものも含む。）
- ③ 口座の確認ができるものの写し（通帳等）
- ④ 申請者の配偶者が町外に住所を有する場合は、配偶者の住民票謄本、戸籍謄本
- ⑤ 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）
- ⑥ 付加給付に関する書類（付加給付がある場合）
- ⑦ 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第3号）

（参考 交通費の助成基準額単価表）

距離区分（自宅から医療機関までの距離）	助成単価（往復）
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