

様式第 1 号(第 5 条関係)

遠軽町生殖補助医療交通費助成金交付申請書

年 月 日

遠軽町長

申請者 住 所
氏 名 (自署)
電話番号

遠軽町生殖補助医療交通費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

氏名		生年月日	
ふりがな		年 月 日 (歳)	
夫の氏名			
ふりがな		年 月 日 (歳)	
妻の氏名			
他の市町村から同様の助成を受けていませんか。また、受ける見込みはありませんか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (市町村名:)			
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	銀行・信用金庫 農協		本店・支店 所
	ふりがな	口座 番号	普通・当座
口座名義			

※ 口座名義は、申請者の口座としてください。

添付書類

- 1 鉄道、バスを利用した場合は、領収書の写し
- 2 遠軽町生殖補助医療交通費助成証明書

※以下記入不要です。(町記入)

申請内容	生殖補助医療	回目	既交付額	円
助成の可否	承認 決定額	円	不承認	

生殖補助医療交通費明細書

No.	年月日	移動手段		金額	備考
1		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
2		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
3		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
4		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
5		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
6		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
7		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
8		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
9		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
10		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
11		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
12		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
13		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
14		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
15		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
16		往路 復路	鉄道・バス・自家用車 鉄道・バス・自家用車	円	
合 計				円	
申請額（合計の 1/2） ※百円未満切り捨て				円	* 上限額が 10 万円/年

*通院証明書の通院回数 回

生殖補助医療期間中の通院日に係る交通費は、上記日程が全てであることを確認しました。

本人署名 _____

町受付者 _____