特定不妊治療通院交通費助成金交付申請書

年　　月　　日

宮津市長　様

申請者　住所 〒

　　 宮津市字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

関係書類を添えて下記のとおり、特定不妊治療通院交通費の助成を申請します。

記

１　治療期間　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

２　申請額　　　　　　　　　　　　　円

（計算内訳）

申請金額（D）＝｛（妻の通院交通費相当額（A）＋男性不妊治療に要する通院交通費相当額（B））－10,000円｝（C）×1/2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 妻の通院交通費相当額 | －10,000  円 | 小計 | ×1/2 | 合計（申請金額） |
| 円（A） | 円（C） | 円（D） |
| 男性不妊治療の通院交通費相当額 |
| 円（B） |

※１ 申請金額（D）欄は、1円未満の端数を切り捨てた額を記入してください。

※２ 添付書類

1）京都府特定不妊治療通院交通費助成金交付決定通知の写し

2）京都府特定不妊治療通院交通費助成金内訳の写し

3）通院証明書　（京都府特定不妊治療費助成申請時書類の写し）

4）同意欄

　　　本申請の審査に必要な範囲で、京都府特定不妊治療通院交通費助成について京都府に照会することに同意します。

**氏名**

下欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査処理 | 診療日 | 住民票 | 婚姻 | 決　裁 | 課　長 | 係　長 | 担当者 |
| 適・否 | 適・否 | 適・否 |  |  |  |  |
| 助成金交付決定額 | | | | 円 | | | |