

(表)

様式第1号(第5条関係)

下呂市生殖補助医療通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

下呂市長 様

関係書類を添えて、下記のとおり下呂市生殖補助医療通院交通費の助成を申請します。  
なお、通院交通費の詳細は裏面のとおりです。

申請者(妻)	(ふりがな) 氏名	
	住所	〒
	電話番号	

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
	妻	( )	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住所	<input type="checkbox"/> 夫の住所が 申請者と同じ	〒	
申請額 金 _____ 円			
通院医療 機関名			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
通院日数	日	(内訳 延回数)	
		自家用車 回 鉄道 回 (付添人 回) バス 回 (付添人 回)	
付添人氏名:		(続柄: )	
*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: )			

【添付書類】

- 下呂市生殖補助医療通院交通費助成事業請求書
- 生殖補助医療通院交通費助成事業通院等証明書
- 生殖補助医療を受けた医療機関発行の領収書
- 夫及び妻の住所を確認できる書類(運転免許証、マイナンバーカード等)
- 鉄道およびバス利用の場合は、領収書の写し又は運賃等が証明できるもの
- 事実婚の場合、事実婚関係等に関する申立書

(裏)

太枠の部分のみご記入ください。

	区 間	通院回数 (A)	方法	付添人* <sup>3</sup>	1回あたりの 支払額 (B)	助成金額
鉄道* <sup>1</sup>	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
バ ス	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
	～	回	往復・片道	有・無	円	(A)×(B)×1/4 円
自家 用車* <sup>2</sup>	～	回	片道距離 (市で算出)  Km		円	円
<p>* 1 : グリーン車料金は助成の対象外とします。</p> <p>* 2 : 自家用車の通院にあたっては、自宅から医療機関までの最も経済的かつ合理的と認められる経路で通院距離を算出します。また、自宅から駅やバス停までの距離にかかる自家用車での通院交通費は、助成の対象になりません。</p> <p>* 3 : 付添人の助成は申請者と同一行動した場合のみに限ります。</p>						<p>合計助成金額</p> <p>円</p>

## 【参考：別表による算出方法】

## 1. 公共交通機関（鉄道・バス）

区 分	本 人	付 添 人 (1人のみ)
普通運賃	運賃の1/4以内	運賃の1/4以内
急行料金等	運賃の1/4以内	運賃の1/4以内

※鉄道利用において、グリーン車料金は助成の対象外とする。

## 2. 自家用車（公共交通機関で通院した場合、自宅から駅またはバス停までは含めない）

通院距離 (片道)	助成額 (往復)	備考
2 km 以上 10km 未満	200 円	自宅から医療機関までの最も経済的かつ合理的と認められる経路で通院距離を算出するものとする。
10km 以上 20km 未満	400 円	
20km 以上 30km 未満	600 円	
30km 以上 40km 未満	800 円	
40km 以上 50km 未満	1,000 円	
50km 以上 60km 未満	1,200 円	
60km 以上 70km 未満	1,400 円	
70km 以上 80km 未満	1,600 円	
80km 以上 90km 未満	1,800 円	
90km 以上 100km 未満	2,000 円	
100km 以上 110km 未満	2,200 円	
110km 以上 120km 未満	2,400 円	
120km 以上 130km 未満	2,600 円	
130km 以上 140km 未満	2,800 円	
140km 以上 150km 未満	3,000 円	
150km 以上	3,200 円	