

玄海町妊婦等に対する交通費及び宿泊費支援事業助成金交付申請書兼請求書（生殖補助医療）

	氏名	生年月日	年齢
申請者		年 月 日	才
配偶者		年 月 日	才
申請者住所 連絡先	玄海町大字 電話番号（ ）		
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入		
通院先 医療機関	医療機関名		
	所在地		
振込先	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 組合	
	本・支店	本 ・ 支店	
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他 No)	
	口座名義人		

玄海町長 様 関係書類を添えて、上記のとおり玄海町生殖補助医療交通費支援事業による助成金を申請します。 また、助成金の額を算定するため、必要に応じ玄海町以外の自治体に対する本申請に係る情報の 照会及び提供、並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。	
申請者(同意者)	氏名
交通費助成申請額	円

- 《玄海町処理欄》 通院状況確認書（様式第3号）
- 書類等確認 医療費領収書・診療明細書の写し
- 交通費明細（公共交通機関利用の場合は領収書、自家用車の場合は距離のわかるもの（地図の写しなど））※駐車場代、有料道路代は助成対象外
- 婚姻関係、事実婚関係を確認できる書類（夫婦ともに町内に住所を有する者で、婚姻が確認できる者は省略することができる）
- 振込先口座が分かる書類（通帳等の写し）
- 本人確認書類（免許証等の写し）

自家用車：実施施設までの距離 _____ km × 37円 × _____ 回 × 0.8 = _____ 円

公共交通機関： _____ 円 × _____ 回 × 0.8 = _____ 円

助成額 = _____ 円