

平戸市不妊治療等交通費助成金交付申請書

年 月 日

平戸市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり、不妊治療等交通費助成金を申請します。

対 象 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	平戸市		
基本助成単価 (①)			地区別加算額 (②)	
<input type="checkbox"/> ~ 50 km 3,000円 <input type="checkbox"/> 50 km ~ 100 km 5,000円 <input type="checkbox"/> 100 km ~ 7,000円			<input type="checkbox"/> 平戸中部地区 1,500円 <input type="checkbox"/> 平戸南部・高島地区 2,000円 <input type="checkbox"/> 生月地区 1,500円 <input type="checkbox"/> 離島地区 1,000円 <input type="checkbox"/> 該当なし	
通院日数			日	
申請金額 ((①+②) × 通院日数)			円	

【振込先】

振 込 先	金融機関名			支店名					
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	(カナ) 口座名義人								

※添付書類

- ・受診を確認することができる医療機関が発行した領収書及び明細書の写し
- ・口座情報のわかるものの写し（通帳等）