

令和 年 月 日

古平町不妊及び不育症治療通院交通費支援助成金交付申請書

古平町長 様

申請者 住 所 古平町大字 町 番地
 氏 名 ⑩
 生年月日 年 月 日生
 (電話番号 - -)

古平町不妊及び不育症治療通院交通費支援助成金の交付を受けたいので、申請します。
 なお、古平町から支給される当該助成金は、次の金融機関の口座に振込みをお願いいたします。

記

治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
通院医療機関名			
自宅から医療機関までの距離(片道)	k m		
助 成 単 価 (裏面別表参照)	円 ①	通院回数	回 ②
申 請 金 額	円 ①×②		
助成金振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 代理店	口座種別 普通・当座 口座番号
	フリガナ 口座名義人氏名		

別表

交通費助成単価表

自宅から医療機関までの距離	助成単価
25Km を超えて 50km まで	1,430 円
50Km を超えて 75km まで	2,450 円
75Km を超えて 100km まで	3,200 円
100Km を超えて 125km まで	4,520 円
125Km を超えて 150km まで	5,150 円
150Km を超えて 175km まで	5,880 円
175Km を超えて 200km まで	6,720 円
200Km を超えて 225km まで	8,080 円
225Km を超えて 250km まで	8,820 円
250Km を超えて 275km まで	9,550 円
275km を超える	10,180 円