

## 帯広市先進不妊治療費等助成金交付請求書（記入方法）

年 月 日

帯広市長 様

住所 申請者の住所

氏名 申請者氏名と同一の人 印

助成決定通知の日付を記入します。  
記入前にご相談ください。

**押印必須**  
(シヤチハタ以外)

.....年 月 日付で通知のあった先進不妊治療費等助成金交付請求書  
帯広市先進不妊治療費等助成要綱第10条に基づき、下記のとおり請求します。

下記内訳の総額  
治療費 + 交通費 の金額

### 1 請求金額

円

#### ●治療費

- 1) 50,000円以上の場合  
 $50,000 \times 7/10$   
=35,000円

- 2) 50,000円未満の場合  
かかった費用  $\times 7/10$   
=計算した額  
※小数点切捨

※内訳：該当する項目にチェックを入れてください

- (治療費) 円
- (交通費) 円

#### ●交通費

- ・自宅から医療機関の距離は地図アプリ（車使用）で算出される距離を基本とし計算します。
- ・交通費は、受診毎の助成額の合算です。
- ・計算方法に迷う場合はご連絡ください。

銀行

普通

・ 当座

口座番号

フリガナ

名義人

**申請者氏名、請求書氏名と同一の人**

- ・口座情報のわかるもの（通帳の写しなど）を添付してください。
- ・ネット銀行の場合は、来所であれば目視で確認し、郵送であればメモなどの添付資料で確認します。難しい場合はご相談ください。
- ・住所や氏名の誤りは訂正印や二重線による訂正が可能ですが、それ以外の項目の誤りについては訂正できません。書き直したものご提出をお願いします。
- ・請求金額の計算に不明な点があればご連絡ください。