

音更町特定不妊治療通院状況確認書

氏名 \_\_\_\_\_

（ 年 月 日生 歳）

通院した 医療機関	医療機関名	所在地	距離	※町使用欄
		〒	km	

治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで				
回数	受診日	先進医療	通院交通手段	通院交通費 領収書金額 (自家用車の場合は 助成上限額を記入)	申請額 (自己負担額と上限額 を比較して少ないほう を記入)	※町使用欄
1	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
2	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
3	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
4	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
5	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
6	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
7	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
8	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
9	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
10	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
11	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
12	年 月 日	あり・なし	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円	
申請額（通院交通費）					円	

交通費助成上限単価表

距離区分（片道）	助成上限額 （往復）
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

通院交通費の助成額については合理的かつ経済的な経路及び方法により通院した場合の通院交通費により算定します。交付決定額は、申請額と異なる場合がありますので御了承ください。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。

