年　　月　　日

庄内町長　　宛

申請者　住所
氏名
電話

令和8年度庄内町不妊治療費交通費助成金交付申請書

令和8年度庄内町不妊治療交通費助成金を下記のとおり交付されるよう、庄内町補助金等の適正化に関する規則第4条の規定により関係書類を添付して申請します。

対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年　月　日
	住所			
医療機関名				
所在地			距離	km
受診日		交通手段	交通費	申請額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
計				円
振込先	金融機関名		店名	
	種目	普通　・　当座　・　その他（　　）		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

備考

1　住所欄は、申請者の住所と異なる場合に記入ください。

2　交通費欄は、公共交通機関の場合は往復運賃、自家用車の場合は庄内町一般職の職員等旅費に関する条例（平成17年庄内町条例第51号）に基づく額に往復距離（キロメートル)を乗じて得た額を記入ください。

3　申請額欄は、交通費欄の額に0.8を乗じて得た額又は5,000円のいずれか低い額を記入ください。

4　助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入ください。

5　添付書類

(1)　不妊治療に係る医療機関発行の領収書及び医療費明細書の写し又は医療機関記載の不妊治療に係る証明書の写し

(2)　公共交通機関で移動した場合は、領収書等費用がわかるもの