＜別紙２＞先進不妊治療

**⑴　治療費**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかった費用※１ | 補助基準額※２ | 補助額※３ |
| Ａ | Ｂ | Ｃ=Ｂ×7/10 |
| 円 | 円 | 円 |

※１：実際にかかった金額を記入してください。

※２：Ａに記入した金額が50,000円未満の場合、Ａに記入した金額を記入してください。Ａに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※３：Ｂに記入した金額に10分の７を掛けた金額を記入してください。小数点以下は切り捨ててください。

**⑵　交通費**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※１ | かかった費用※２ | 自宅から医療機関の距離※３ | 補助基準額※４ | 補助額※５ |
| Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ=Ｃ×2/3 |
| １回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| ２回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| ３回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| ４回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| ５回目 | 円 | km | 円 | 円 |
| 計 | 円 |  |  | 円 |

※１：助成回数は１回の治療につき、上限５回としています。

※２：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※３：GoogleMap等で計測した距離を記入してください。

※４：交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた上限額があります。

Ａに記入した金額が上限額未満の場合は、Ａに記入した金額を記入してください。

Ａに記入した金額が上限額以上の場合は、上限額を記入してください。

※５：Ｃに記入した金額に、Ｄで記入した通院回数を掛けた数字に３分の２を掛けた金額を記入してください。

　　　小数点以下は、切り捨ててください。