

記入例

申請日:記入しない。

様式第1号(第5条関係)

豊川市生殖補助医療費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

豊川市長 殿

住 所 豊川市萩山町3丁目7

申請者:夫でも妻でも可。

申請者氏名 豊川 花子
(口座名義人と同一)

ただし、申請者と口座
名義人は同一とする。

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費補助金交付を申請します。※太枠の中をご記入ください。

対 象 者	夫	ふりがな	とよかわ たろう						
		氏名	豊川 太郎					⑤・H 63年1月1日生(35歳)	
	住所	〒442-0876 豊川市萩山町3丁目77-1					電話 090-111		
	加入医療保険	【種別】市町村国保・組回国保(健保・共済・その他()) 【保険者番号】(12354) 【区分】本人・被扶養者							
妻	ふりがな	とよかわ はなこ							
	氏名	豊川 花子					S・H 3年1月1日生(33歳)		
	住所	〒 - ☑夫の住所に同じ					電話 090-2222-3333		
	加入医療保険	【種別】市町村国保・組回国保(健保)共済・その他() 【保険者番号】(23456) 【区分】本人・被扶養者							
治療回数		生殖補助医療(体外受精・顕微授精)を受けたのは初めてですか。					☑はい □いいえ		
振 込 先	金融機関名	豊川 銀行			本店		支店番号		
		金庫・農協 すわ			支店・出張所		1 2 3		
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人 () (申請人と同一) 豊川 花子						
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	(左詰記入)
高額療養費制度 認定区分		(限度額認定書から転記) ア・イ・ウ・エ・オ						支払時の限度額 ☑した □していない	
付加給付金制度		あり・なし		ある場合:自己負担額 (25,000 円)			申請:☑した		
申請額		金 円					(上限15万円)		

住所:住民票がある住所。
妻の住所が夫と同一なら
ば、□にしをする。

保険者に確認し、1か月
あたりの自己負担額を記
入する。

金額:記入しない。

事 務 処 理	本人負担額	円		
	申請書受理年月日		決定内容	承認・不承認
	決定年月日		受給者番号	

受付印

受付者