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

申請者氏名
（口座名義人と同一）

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		S・H　年　月　日生（　　歳）
		氏名		
		住所	〒　　－ 電話　　－　　－	
		加入医療保険	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　） 【保険者番号】（　　）【区分】本人・被扶養者	
	妻	ふりがな		S・H　年　月　日生（　　歳）
		氏名		
		住所	〒　　－　　□夫の住所に同じ 電話　　－　　－	
		加入医療保険	【種別】 市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　） 【保険者番号】（　　）【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	銀行 金庫・農協	本店 支店・出張所	支店番号
	預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口 座 名 義 人 （申請人と同一）	（　　）
	口座番号			（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		支払時の限度額認定証提示： □ 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 （　　円）	申請：□ した ・ □ していない
申　請　額		金　　円		（上限 15 万円）

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