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	〒　　ー 電話　　ー　　ー	
		加入医療保険	【保険者番号】(　　)【保険者名】(　　)【区分】本人・被扶養者	
	妻	ふりがな		S・H　年　月　日生(　　歳)
		氏名		
		住所	〒　　ー　　口夫の住所に同じ 電話　　ー　　ー	
		加入医療保険	【保険者番号】(　　)【保険者名】(　　)【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。	口はい　口いいえ
振込先	金融機関名		銀行　本店 金庫・農協　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)
付加給付金制度			あり　・　なし	ある場合:ひと月当たりの自己負担基準額(　　円)
高額療養費制度認定区分			(限度額認定書またはマイナポータルで確認し記入) ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ	(付加給付制度がない場合必須)
申　請　額			金　　円　(上限 15 万円)	【高額療養費制度認定区分確認方法】 口限度額適用認定証写し 口マイナポータル目視

受付印

受付者

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	