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77-1

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					
		住所	〒442-0876 豊川市萩山町3丁目77-1					
	加入医療保険	【保険者番号】(12354)【保険者名】(豊川健康保険組合)【区分】 ☒ 本人・被扶養						
	妻	ふりがな	とよかわ はなこ					
		氏名	豊川 花子					
住所		〒 - ☒ 夫の住所と同じ						
加入医療保険	【保険者番号】(23456)【保険者名】(豊川協会健康保険組合)【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						
	預金種別	☒ 普通	(ふりがな) (とよかわ はなこ) 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
付加給付金制度	あり・なし あるいは:ひと月当たりの自己負担基準額(25,000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】 ☐ 限度額適用認定証写し ☐ マイナポータル目視		

住所:住民票がある住所。妻の住所が夫と同一ならば、にレをする。

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。

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	