

### 生殖補助医療治療費補助金交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療治療費補助金を申請します。  
(別紙「治療の内容・結果等ついて行政等への報告を行うことに関する説明書」に同意します。)

#### 記

		(ふりがな) 氏 名	生年月日	
申請者	夫	なかの たろう 中野 太郎	昭和 平成	1年 1月 1日 (35歳)
	妻	なかの はなこ 中野 花子	昭和 平成	3年 3月 3日 (33歳)
住所		〒441-8539 豊橋市中野町1番地タワーマンション101号		連絡のつく電話番号をお願いします 電話 090-1234-5678
住所 <small>※夫婦の住所が異なる場合に記入</small>		〒		電話 - -
・生殖補助医療（採卵から移植に至る一連の治療）を受けたのは初めてですか。				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請額		<del>円</del> 金額は記入しないでください		
令和 年 月 日		<del>日付は記入しないでください</del> 豊橋市長 様		
振込先	金融機関名	三菱UFJ <small>銀行 金庫 農協</small>		豊橋 <small>本店 支店 出張所</small>
	金融機関コード	0 0 0 5	支店コード	4 6 1
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人	なかの はなこ 中野 花子
	口座番号	9 8 7 6 5 4 3 (左詰めで記入してください)		

※治療が終了した日から6カ月以内に申請してください。  
※過去に特定不妊治療費や生殖補助医療治療費の補助を受けている場合は対象外です。

(事務使用欄)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
整理番号			