

豊橋市生殖補助医療治療費補助金交付申請書

日付は記入
しないでください

豊橋市長 様

~~年 月 日~~

関係書類を添えて下記のとおり豊橋市生殖補助医療治療費補助金を申請します。
なお、申請にあたり補助金決定のために、市が住民基本台帳等の閲覧、医療機関・健康保険への医療内容等の照会を行うことに同意します。

		氏名	生年月日							
申請者	ふりがな	なかの たろう	昭和							
	夫	中野 太郎	平成	1年 1月 1日 (36歳)						
	ふりがな	なかの はなこ	昭和							
	妻	中野 花子	平成	3年 3月 3日 (34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 - -							
申請回数	・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 type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ									
	・過去に保険診療で生殖補助医療を受けて出産したことがありますか。（12週以降の流産も含む） また、それは何回ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい → 出産 ・ 流産 (1) 回、 (R5 年 10 月頃) ・ <input type="checkbox"/> いいえ (年 月頃)									
	・この補助金の申請は今回で何回目ですか。（令和4年3月以前の保険適用前の補助回数は含めない） (2) 回目									
申請額	生殖補助医療費		金額は記入しないでください (上限額)初回治療150,000円 2回目以降の治療30,000円							
振込先	金融機関名	三菱UFJ		銀行 金庫 農協	豊橋	本店 支店 出張所				
	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		ふりがな	なかの はなこ					
		当座		口座名義人	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。

(事務使用欄)

整理番号					健管番号(妻)	
申請受理年月日					(承認・不承認) 決定年月日	