

豊橋市生殖補助医療治療費補助金交付申請書

豊橋市長 様

令和 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		昭和 平成 年 月 日 (歳)
	夫		
	ふりがな		昭和 平成 年 月 日 (歳)
	妻		
住 所	〒 豊橋市 電話 ー ー		
住 所 <small>※夫婦の住所が異なる 場合に記入</small>	〒 電話 ー ー		
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 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 type="checkbox"/> はい → 出産・流産（ ）回、（ 年 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） （ ）回目		
申請額	生殖補助医療費 _____ 円（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	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	金融機関コード	支店コード	
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人
	口座番号	(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	