

安城市生殖補助医療費助成金支給申請書

年 月 日

安 城 市 長

申請者 住 所 〒

氏 名 (※)

電話番号

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(注) 太枠の中をご記入ください。

対 象 者	区 分		(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日				
	夫		()				年 月 日生 (歳)				
	妻		()				年 月 日生 (歳)				
	夫婦の住所が異なるとき	夫の住所									
		妻の住所									
	加入医療保険 (夫)		保険者名 記号		番号		保険者番号 枝番				
加入医療保険 (妻)		保険者名 記号		番号		保険者番号 枝番					
振 込 先	金融機関名		銀行 信用金庫 農協				本店 支店 出張所				
	預 金 種 別		普通	(ふりがな) 口座名義人		()					
			当座								
口 座 番 号									(左詰め記入)		
○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支払又は国若しくは他の地方公共団体から類似する助成を受けましたか。 ・受けていない。 ・受けた。→別途、添付書類が必要です。 付加給付金 (円) 高額療養費 (円) 他市等の助成 (円)											
申 請 額		金 円		本人負担額の1/2。1クールにつき上限20万円 (1,000円未満端数切捨て)							
申 請 回 数		1・2・3・4・5・6									
受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日							

備考 事実上婚姻関係にある者にあつては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関する
ことを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関することを記入してください。