

蒲郡市一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者  
住 所  
氏 名  
電話番号

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

(太枠の中をご記入ください。)

対 象 者		(ふりがな) 氏 名	生年月日	個人番号	住所	
	夫	( )	年 月 日		〒 —	
	妻	( )	年 月 日		<input type="checkbox"/> 夫に同じ	
	電 話 番 号	( )				
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者				
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者				
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所				
	預 金 種 別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )		
	口 座 番 号				(左詰記入)	
加入している医療保険から付加給付・高額療養費の支給を受ける予定又は過去に受けたことがありますか。 ない ・ ある → 受ける予定がある ・ 過去 円受けた ( 年 月頃)						
領収金額合計 (ア)	金	円	付加給付額 (イ)	金	円	
高額療養費 (ウ)	金	円	本人負担額 (ア－イ－ウ)	金	円	
申請額 (※)	金	円				
※ 本人負担額の1/2で、千円未満の端数切り捨てる。上限5万円。						
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日			
受給者番号						