

蒲郡市特定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特定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		□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	(ふりがな) 口座名義人	□ 申請者と同じ ()			
		当座					
口座番号						(左詰記入)	
初めて特定不妊治療を開始したのはいつですか。(年 月頃)							
過去に特定不妊治療費の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → (年 月頃)							
助成金を受けた自治体は(愛知県・県内の中核市・政令市() 県外() 其他市町村())							
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		
	保険診療外の治療を 含む ・ 含まない						
高額療養費 (ウ)	金 円			本人負担額 (ア-イ-ウ)	金 円		
申請額	助成金 (※)	金 円					
	支度金	金 円 (初回の特定不妊治療のみ)					

※ 保険診療外の治療を含む場合：本人負担額で、千円未満の端数切り捨てる。上限30万円。
保険診療外の治療を含まない場合：本人負担額の1/2で、千円未満の端数切り捨てる。上限10万円。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		支度金	該当・非該当・支給済