

豊山町生殖補助医療費補助事業申請書兼請求書

年 月 日

豊山町長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費補助金を申請し、交付決定額をもって請求します。  
なお、添付書類のうち、婚姻関係を証明できる書類、夫婦の双方の住所が確認できる書類について、豊山町で確認できる場合は照会することに同意します。

記

対象者		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	( )	年 月 日( 歳)
	妻	( )	年 月 日( 歳)
	住 所	□申請者と同じ 電話番号 ( )	
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【区分】 本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【区分】 本人・被扶養者	
自己負担額合計	円		(ア)
高額療養費	円	限度額認定証の利用(有・無)	(イ)
付加給付金	円		
今回申請する治療費について、高額療養費、付加給付金の申請をしましたか。(はい・いいえ)			
申 請 額 (ア) - (イ)	円		
金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所		
	金融機関コード		支店番号
種 別	普通 ・ 当座		
口 座 番 号			
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			
過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある→ ( ) 回受けた。 ( ) 年 ( ) 月頃 補助を受けた自治体は 豊山町・( ) 市 町 村			
受給者番号			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	
交付決定額			

注) 太枠の中をご記入ください。