

豊山町生殖補助医療費補助事業申請書兼請求書

豊山町長

申請者 住所 豊山町

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	電話番号 ()		
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・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・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【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 信用金庫 農協			本店 支店 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。