

西尾市一般不妊治療費等助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者 〒
住所

氏名
(口座名義人と同一であること)

電話番号
(日中に連絡がとれる電話番号)

西尾市一般不妊治療費等助成金を申請します。

※太枠内をご記入いただき、該当する項目に☑を入れてください。

対象者	夫		妻	
(ふりがな) 氏名	()		()	
生年月日	年	月	日	年 月 日
住所(夫)	〒 -			
住所(妻)	〒 -			
加入医療保険(夫)	【種別】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () 【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 ()			
加入医療保険(妻)	【種別】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () 【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 ()			
振込先	金融機関名	銀行 信用(金庫・組合) 農協		本店 ・ 支店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者名と同じ	()	

*質問にお答えください。

- ①過去に一般不妊治療費について助成を受けたことがありますか。
はい いいえ
「はい」と答えた方
→過去 () 回 () 市・町・村) で () 年 () 月頃受けた。
- ②高額療養費・限度額適用認定証について、加入されている健康保険組合等に確認しましたか。
はい いいえ
- ③付加給付金等について、加入されている健康保険組合等に確認しましたか。
はい いいえ

領収金額 (a)	円	(承認 ・ 不承認)	領収書	受付印
高額療養費・付加給付金による還付金 (b)	円	決定年月日 (. .)	原本 ・ コピー (写) 原本確認済	
本人自己負担額 (c = a - b)	円	1年分 ・ 生殖 (. .)		
支給決定額 (d = c / 2) ※上限5万円	円	妊娠 ※母子手帳交付日		
請求金額 (支給決定額)		住基：夫		
円		：妻		