様式第１号（第８条関係）

西尾市生殖補助医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）

西尾市生殖補助医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】□国保　□健保　□共済　□その他（　　） 【区分】□本人　□被扶養者 【保険者番号】（　　）【保険者名】（　　）		
加入医療保険（妻）		【種別】□国保　□健保　□共済　□その他（　　） 【区分】□本人　□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	□普通　□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過去に生殖補助医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 ・ （　.　.　）		
支給決定額 （d＝c/2）※上限20万円	円	妊娠 ※母子手帳交付日		
請求金額（支給決定額） 円		住基：夫 ：妻		