

(表)

様式第3号 (第6条関係)

羽生市不妊治療費 (保険適用) 助成金支給申請書 (生殖補助医療分)

年 月 日

(宛先)

羽生市長

助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、審査のため、市が保有する住民基本台帳等の公簿、収納状況等を確認すること並びに他自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名			() 歳	
		現住所	〒			
		電話番号	【 自宅・携帯 】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。			
	妻	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名			() 歳	
		現住所	〒			
		電話番号	【 自宅・携帯 】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。			
・第何子目の妊娠に対しての治療ですか。 第 () 子目 ・その子の治療に対して何回目の申請ですか。 初回 ・ () 回目						
【生殖補助医療保険対象分】			【男性不妊治療保険対象分】			
高額療養費限度額 (A) 円			高額療養費限度額 (A) 円			
付加給付金 (B) 円			付加給付金 (B) 円			
申請額内訳						
保険対象自己負担額 (ひと月に (A) の金額を超えた場合は、(A) の金額)						
年	月				円	
年	月				円	
年	月				円	
年	月				円	
年	月				円	
年	月				円	
年	月				円	
(C)	合計保険対象自己負担額					円

