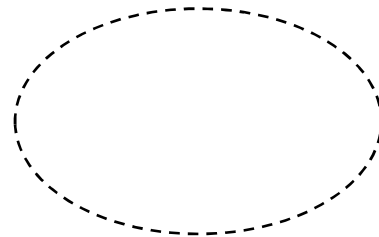


半田市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

(あて先) 愛知県半田市長

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---



次のとおり証明書類を添えて申請及び請求します。

申請者氏名			生年月日	
住所	(〒 -)		電話番号	
			Eメール	
助成期間	令和 年 3月 1日 から 令和 年 2月 末 まで			
加入医療保険	(記号・番号)		(保険者名)	
申請内容	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 生殖	療養期間	年 月 日から	
(一般の申請年数)	<input type="checkbox"/> 1年目 <input type="checkbox"/> 2年目		年 月 日まで	
医療費	自己負担額		円 - 高額療養費	円 = 円

振込先	銀行・農協 信用金庫	本店 支店	預金種目	口座番号	
	金融機関番号	店番号	1 普通預金		
			2 当座預金		
	フリガナ				申請者との続柄
	口座名義人				

■ 医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか？

- ① (はい・いいえ)
↓ ①が「はい」の場合②へ
- ② 認定証区分 (ア・イ・ウ・エ・オ)

妊娠・治療継続
中止・転出・その他

<不妊治療の診療月に、ご自身(不妊治療)の自己負担が2万1千円以上の場合はお答えください>

■ 上記、助成期間内の診療月において、ご自身(不妊治療以外の治療)または、同じ保険証をお使いのご家族様で、1か月あたり2万1千円以上の自己負担はしましたか？ ①が「はい」の場合②へ

① (はい・いいえ) → ②お名前 (続柄:)

※家族合算等にて、高額療養費に該当する可能性があります。 お名前 (続柄:)