

福山市生殖補助医療費助成申請書

年 月 日

福山市長様

(振込口座名義人)

申請者名前

福山市補助金交付規則及び福山市生殖補助医療費助成事業実施要綱に定められた内容を承諾の上、同要綱の規定に基づき、次のとおり生殖補助医療費の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、住所及び婚姻関係の調査並びに医療機関に対する受診内容の照会を実施することに同意します。助成金の受領に関することは、申請者が行います。

注)太枠の中を記入してください。

申請者		(ふりがな) 名前	生年月日
	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
	住所	〒 ー 福山市 電話 ()	
	住所 (夫婦の住所が異なる場合に記入)	〒 ー 電話 ()	
金額	①自己負担額	() 円	※「福山市生殖補助医療費助成申請に係る証明書」 最下段の「領収金額」を転記する ※医療保険適用の有無は問わない
	②広島県の助成額	() 円	※広島県の助成を受ける場合は、広島県の助成決定後、福山市に申請すること
	③助成申請額	(①-②)×1/2 (※千円未満切り捨て) () 円	
過去の助成状況	助成歴	<input type="checkbox"/> 福山市生殖補助医療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 福山市生殖補助医療費の助成を受けたことがある。	
	助成回数	今回が()回目 ※リセットしたことがある場合、リセット以前の回数を含まない <input type="checkbox"/> 出産等により助成回数のリセットを希望する。 ※戸籍(全部事項証明)の添付が必要 子の名前 () 出生日 (年 月 日)	
受給者番号			受付印欄

※「過去の助成状況」には、福山市特定不妊治療費助成事業の助成回数は含みません。