

富士市不妊・不育治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 富士市長

〒

住 所

申請者 氏 名

電 話 番 号

※太枠内を記入してください。

富士市不妊・不育治療費補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

対象者等	夫	フリガナ							担当使用欄 申請者 住定日
		氏 名							
		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)						
		住 所	電話番号 ()						同・別
		加入医療保険	種別	市区町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ()					
	保険者番号					区分	本人・被扶養者		
	妻	フリガナ							今年度 申請回数
		氏 名							
		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)						
		住 所 (夫の住所と異なる 場合のみ記入)	電話番号 ()						
加入医療保険		種別	市区町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ()						
	保険者番号				区分	本人・被扶養者			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所			今年度 2回目予定	
	預金種別	普通	フリガナ						
			口座名義人 (申請者と同一)						
口座番号 (左詰めで記入)									
申請回数	簡年度目		対象となる子	第 子			1・2		
治療に要した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							一般・特定の別	
治療に要した費用	・不妊治療の費用 円 ・不育治療の費用 円 (内県補助対象分 円)							一・特	
付加給付・高額療養費等	円							今年度 2回目予定	
不妊・不育治療費 補助金額	円							有・無	
医療機関及び調剤薬局 所在地及び名称	所在地 名称							限度額適用 認定証	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							有・無	
※過去に同種の補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。(年 月頃) 補助金を受けた自治体は (市(区・町・村)・その他 ())								高額繰越 有・無	
◆この助成制度は、治療を希望する方、治療をされている方にとって、適切な制度だと思われませんか。 <input type="checkbox"/> すごくそう思う <input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> あまり思わない <input type="checkbox"/> 思わない								受付者	