

富士市不妊・不育治療費補助金交付申請書

(宛先) 富士市長

見本

申請者と口座名義人は
同一にしてください。

令和 年 月 日

416-8558

富士市本市場432-1

申請者 氏 名 富士 花子

電話番号 090-****-●●●●

※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	フジ タロウ						担当使用欄 申請者 住定日
		氏名	富士 太郎						
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)						
		住所	富士市本市場432-1 電話番号 0545 (▲▲) ××××						
	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	01220011			区分	本人・被扶養者		
	妻	フリガナ	フジ ハナコ						今年度 申請回数
		氏名	富士 花子						
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 090 (****) ●●●●							
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 ()						今年度 2回目予定	
	保険者番号	220103			区分	本人・被扶養者			
振込先	金融機関名	富士 銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所			今年度 申請回数	
	預金種別	普通	フリガナ			フジ ハナコ			
			口座名義人 (申請者と同一)			富士 花子			
口座番号 (左詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6	今年度 申請回数	
申請回数	2		簡年度目	対象となる子		第 1 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							円	一・特
付加給付・高額療養費等	費用・金額については記入不要です。							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	富士市本市場▲▲▲-*			富士市本市場*-◆			限度額適用 認定証	
	名称	フィランセクリニック			フィランセ薬局				
妊娠の有無	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> → 過去 (1) 回受けた。(R4 年 3 月頃) 補助金を受けた自治体は (富士 市 (区・町・村) ・その他 ()								いずれかひとつの□に レ点を付けてください。	
◆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									
								高額繰越 有・無 受付者	