

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

（氏名を自書しない場合は、記名押印すること）

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							
		氏 名							
		生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳 ）						
		住 所	電話番号 （ ）						
		加入医療保険	種別	市区町村国保・組 合 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							
		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 合 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			
	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		箇年度目		対象となる子		第 子			
治 療 に 要 し た 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							
治 療 に 要 し た 費 用		・不妊治療の費用 円 ・不育治療の費用 円 （うち 県補助対象分 円）							
付加給付・高額療養費等		円		静岡県不妊治療費 （先進医療）補助金		円			
不妊・不育治療費 補助金額		円							
医療機関及び調剤薬局 所在地及び名称		所在地 名称							
妊娠の有無		☐ 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（ ））									
◆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すか。 ☐ すごくそう思う ☐ 思う ☐ あまり思わない ☐ 思わない									

担当使用欄

申請者
住民となった日

同・別

今年度
申請回数

1 ・ 2

一般・生職の別

一 ・ 生

今年度
2回目予定

有 ・ 無

限度額認定or
マイナ
有 ・ 無

次年度繰越
高額・付加

有 ・ 無

県 繰越

有 ・ 無

受付者