

富士市不妊・不育治療費補助金交付申請書

(宛先) 富士市長

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

住所 富士市本市場432-1

申請者氏名 富士 花子

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること)

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						
		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 (▲▲)XXXX						
		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	01220011			区分	本人 被扶養者		
	妻	フリガナ	フジ ハナコ						
		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 ( )						
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	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			富士 本店・支店・出張所				
	預金種別	普通	フリガナ	フジ ハナコ					
	口座番号 (左詰めで記入)	0	1	2	3	4	5		
申請回数	2		簡年度目	対象となる子		第 1 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	費用・金額については記入不要です。								
付加給付・高額療養費等	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	富士市本市場▲▲▲-*			富士市本市場* *-◆				
	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								
※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。( R5 年 3 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 <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									

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・生障の別

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

いずれかひとつの□に、  
レ点を付けてください。