

富士市不妊・不育治療費補助金交付申請書

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）

※太枠内を記入してください。

電 話 番 号

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	国保(市町村・組合)・健保(協会けんぽ・健保組合)・共済・その他（ ）					
		保険証発行元 名称または番号					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	国保(市町村・組合)・健保(協会けんぽ・健保組合)・共済・その他（ ）						
	保険証発行元 名称または番号					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)								
対象となる子		第 子		左記治療の申請回数		簡年度目			
申請年度において 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
住民となった年月

年 月

同・別

銀行コード

支店番号

今年度
申請回数

1 ・ 2

一般・生離の別

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