

見本

富士市不妊・不育治療費補助金交付申請書

(宛先) 富士市長

令和 〇〇 年 〇月 〇〇日
〒416-8558

申請者と口座名義人は同一にしてください。
マンション・アパート名を省略しないでください。

所 富士市本市場432-1 フィランセ101号
富士山 美穂

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 090-0000-0000

※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	フジヤマ ケンタ						
		氏名	富士山 健太						
		生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇 日 (〇〇 歳)						
		住所	富士市本市場432-1 フィランセ101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 ()					
	妻	加入医療保険	保険証発行元 名称または番号	01220011			区分	本人・被扶養者	
		フリガナ	フジヤマ ミホ						
		氏名	富士山 美穂						
		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 ()						
振込先	金融機関名	海山 銀行・金庫・農協			静岡 本店・支店 出張所				
	預金種別	普通	フリガナ	フジヤマ ミホ					
	口座番号 (左詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6	
対象となる子		第 1 子			左記治療の申請回数		1 箇年度目		
治療に要した期間		令和 7 年 4 月 5 日 から 令和 8 年 3 月 25 日 まで							
治療に要した費用		・不妊治療の費用 円 ・不育 円							
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。 申請の際に窓口で確認させていただきます。 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		☒ 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 (2) 回受けた。(R6 年 3 月) 補助金を受けた自治体は (富士 市 (区・町・村))									
◆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

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

受付者

いずれかひとつに☑をお願いします。