

不妊治療費助成申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

不妊治療費の助成について、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等により確認すること並びに他の地方公共団体、当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関、申請者が加入している医療保険者に照会することに同意します。

夫	ふりがな						生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名	Ⓜ						
	住所	〒						
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入						
妻	ふりがな						生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名	Ⓜ						
	住所	〒						
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入						
不妊治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで						
本市助成回数		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	
不妊治療費		(A) 円 ※実施証明書の領収金額						
都道府県等交付決定額		(B) 円 ※令和4年3月31日までに始めた治療分						
医療保険からの給付金		(C) 円 ※令和4年4月1日～令和5年3月31日までに始めた治療分						
申請額		(A) - (B) - (C) 円 (千円未満切り捨て)						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店(支所) 出張所	
	預金の種類	普通 当座	フリガナ					
			口座名義人	(夫又は妻の名義の口座を記入)				
口座番号						(口座番号は右詰記入)		

※太枠内を御記入ください。氏名を自署で記入した場合は、押印不要です。

令和4年4月1日～令和5年3月31日までに保険診療で治療を始めた方は次の項目を確認してください。	
<input type="checkbox"/> 夫婦双方の医療保険からの給付の有無 (有・無) ※有の場合、給付金額が分かるものを添付 <input type="checkbox"/> 保険診療として実施した治療を初めて行い、過去に本事業による助成を受けたことがない。	
年 月 日	署名

担当課記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号	
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当市助成歴 <input type="checkbox"/> 都道府県交付決定 () <input type="checkbox"/> 県初回助成 <input type="checkbox"/> 給付金		
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円 承認・不承認年月日 年 月 日

