

富士見町不妊及び不育症治療助成事業申請書

年 月 日

富士見町長 様

申請者 住 所 富士見町 番地

氏 名  
電話番号

富士見町不妊及び不育症治療助成事業実施要綱第4条の規定により助成事業の認定を受けたいので、申請します。

記

保 険 証	氏 名		記号	番号	保険者名(発行機関)	保険者番号	本人/被扶養
	夫						
妻							
婚 姻 年 月 日			年 月 日				

口座振込先

金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	口座名義人
銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店 支所	普通 当座		フリガナ

【申請者と口座名義人が異なる場合】

助成金の受領については上記口座名義人に委任します。

申請者

以下の内容をご確認いただき、ご了承願います。

富士見町が審査のため、住民基本台帳の閲覧及び、受診医療機関等、保健福祉事務所、及び加入保険等に必要な情報の確認をすることについて同意します。	
年 月 日	
夫氏名	妻氏名

<担当係での確認欄>

今回の不妊及び不育症治療で、県等が行っている不妊治療（先進医療）費用助成事業・不妊治療支援事業の助成を受けていますか。

いいえ ・ はい