

様式第1号（第2条関係）

<p>妊産婦医療費助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>十日町市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 Ⓜ</p> <p>次のとおり医療費の助成を申請します。</p>				
妊産婦氏名	※申請者と同じ場合記載不要		生年月日	年 月 日生
妊産婦住所	〒 十日町市 ※申請者と同じ場合記載不要			
行政区		電話番号		
母子健康手帳交付日	年 月 日	出産予定日 (出産日)	年 月 日 出産・出産予定	
十日町市妊婦健康診査受診票番号				
※妊産婦の右記該当の有無について、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	・公費による他の医療費助成制度の対象 (制度名：)	
健康保険	保険者名		記号番号	
	被保険者名		附加給付	有・無
医療機関名				
医療費の自己負担額	入院	年 月分	円	
	通院	年 月分	円	
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協		本店支店	預金種別
	フリガナ			口座番号
	口座名義人			

- (注) 1 上記の医療費の自己負担額が確認できる領収書及び明細書を添付すること。
 2 複数の医療機関分及び月分をまとめて申請できます。
 3 助成額は、自己負担額から一部負担金を差し引いた金額になります。
 4 災害等により一部負担金の助成を申請する場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。

(事務処理欄)

--

(別紙) 妊産婦医療費助成金内訳書

平成 年 月分

月 日	医療機関名	項 目	自己負担額①	一部負担金②	助成額 (① - ②)
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
月分 合計			円	円	円

平成 年 月分

月 日	医療機関名	項 目	自己負担額①	一部負担金②	助成額 (① - ②)
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
月分 合計			円	円	円

平成 年 月分

月 日	医療機関名	項 目	自己負担額①	一部負担金②	助成額 (① - ②)
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
月分 合計			円	円	円