

様式第1号（第2条関係）

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

十日町市長様

〒

申請者（妊産婦本人） 住 所 十日町市

氏 名

次のとおり医療費の助成を申請します。必要があるときは、市が住民基本台帳の閲覧、受診機関及び保険者に関係事項の照会をすることに同意します。

妊産婦 生年月日	年 月 日生		電 話	
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
※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：)	
振込指定 金融機関 (申請者口座) ※注5	銀行・信組 金庫・農協			本店 支店
	フリガナ			預金種別 普通・当座
口座名義人				

(注) 1 申請には以下の書類等が必要です。

- 医療機関発行の領収書及び明細書（原本）
 - 母子健康手帳
 - 振込先口座（銀行名・支店名・口座番号・口座名義人）がわかるもの（通帳等）
 - 高額療養費支給決定通知書など（高額療養費や療養費払いに該当した方のみ）
- 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してください。
- 5 申請者（妊産婦）の口座以外を振込先とすることができますが、その場合は裏面委任状に署名してください。

（事務処理欄）

自己負担額	円	一部負担金	円	助成決定額	円
申請期間内住所	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外期間あり	（	年 月 日	年 月 日）

(裏)

委任状（申請者（妊娠婦）名義以外の口座に振り込みを希望する場合は、署名してください。）

私（妊娠婦）は、申請書振込先口座名義人に、妊娠婦医療費助成金の受取を委任します。

年 月 日 委任者（妊娠婦）氏名（自署）

私（振込先口座名義人）は、上記の委任事項について承諾しました。

年 月 日

受託者（振込先口座名義人）

住所

氏名（自署）