

様式第1号（第2条関係）

妊産婦医療費助成申請書

令和 年 月 日

十日町市長 様

申請者（妊産婦本人）

郵便番号

住 所

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や受診機関への情報確認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	令和 年 月 日	出産予定日 (出産日)	令和 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	預金種別 普通・当座
	フリガナ		口座番号	
	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
 - 健康保険証（妊産婦本人のもの）
 - 振込口座の通帳
 - 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を記載・押印してください。

(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（妊産婦）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（妊産婦）は、申請書振込先口座名義人に、妊婦健康診査費助成金の受取を委任します。

令和 年 月 日 委任者（妊産婦）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。

令和 年 月 日

受託者住所

受託者（振込先口座名義人）氏名（自署）