

様式第 1 号(第 6 条関係)

美里町妊産婦医療費助成金交付申請書

年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

妊産婦医療費助成金の交付を受けたいので、美里町妊産婦医療費助成金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、この申請に基づく交付の可否の決定に当たり、妊産婦の情報について美里町が住民基本台帳等の公簿を確認すること及び保険者並びに組合へ照会することに同意し、併せて美里町に継続して居住することを宣誓します。

妊産婦氏名		
妊産婦住所	美里町大字	
母子健康手帳交付年月日	年 月 日	
出産予定日又は出産日	年 月 日 出産予定・出産	
加入している健康保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	保険者等名称	
	記号・番号	
交付申請額	円	

- ※添付書類：(1) 補助対象経費にかかる領収書その他医療機関に支払った額を証する書類
(2) 補助対象経費にかかる明細が記された書類
(3) 母子健康手帳の写し
(4) 医療保険の保険証又は組合員証の写し
(5) その他町長が必要と認める書類

町使用欄

申請受理 年月日	年 月 日		
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 滞納の有無 <input type="checkbox"/> 公費による他の医療費助成制度の対象有無		
助成結果	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	交付決定額	円