

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所 聖籠町大字
氏名
TEL(自宅)
(携帯)

印

次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号		年度第 号		保 険 者 名	
受給者氏名				記号・番号	
				被保険者氏名	
振込 指定 機関	金融機関名	銀行・農協 信組・信金 ・労金		口座番号等	普通 当座
	支 店 名	本店・_____支店		フリガナ	
				口座名義人	
聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、必要に応じて医療機関又は保険者に当該診療内容を照会することに同意します。 氏名(受給者) _____ 印 _____					

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に妊産婦医療費助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 氏名 _____ 印 _____
--

- 1 助成申請の際は妊産婦医療費受給者証、医療機関から発行された領収書、加入している保険証を提示すること。
- 2 「医療費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
- 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。
- 4 記名押印に代えて署名することができます。

町使用欄	助成対象月												助成決定額 円
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	