別記様式（第７条関係）

妊産婦医療費助成金交付申請書

申請者記入欄

豊後高田市長　様　　年　　月　　日

次のとおり、妊産婦医療費助成金の交付を受けたいので、豊後高田市妊産婦医療費助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。交付にあたり豊後高田市が保険者に他公費制度並びに付加給付等について確認すること、必要な場合は医療機関に照会することについて同意します。

また、偽りその他不正な行為が明らかになったときは、助成金の全部または一部を返還します。

申請者　住所
氏名
電話

申請診療期間		診療年月　年　月分　～　年　月分											
母子健康手帳交付番号			加入保険	被保険者氏名									
受診者	フリガナ			保険証 記号　－　番号									
	氏　名			保険者	番　号								
					名　称								
	生年月日	年　月　日											
母子手帳をもらった日		年　月　日		出産予定日（出産日）		年　月　日							
振込先	金融機関名	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店 出張所	普通・当座								
	（ｶﾀｶﾅで記入） 口座名義			口座番号									
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無				有　・　無									

（注1）高額療養費又は付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。
（注2）医療機関で証明を受ける場合は、診療を受けた翌月10日以降にしてください。医療機関によっては証明手数料がかかる場合がありますが、助成の対象にはなりませんので、ご注意ください。

※市記入欄

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円