

様式第1号（第2条関係）

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

住所

申請者 氏名

印

電話番号

下記のとおり金 円 の医療費の助成を申請します。

なお、医療費助成の決定にあたり、世帯の課税状況等について調査することに同意します。

母子健康手帳交付日	年 月 日	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
健康保険	保険者名			記号・番号	
	被保険者名			付加給付	有 ・ 無
受診医療機関名				他法負担	有 ・ 無
年 月分	種別	医療費 (A)	他法負担額 (B)	一部負担金の額 (C)	助成対象額 (A)-(B)-(C)
医療費等の額		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
					申請額
振込先	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	No.
	口座名義人				

- (注) 1 医療費及び自己負担が確認できる領収書及び明細書を添付してください。
 2 種別には、通院、入院、調剤、指定訪問看護の別を記入してください。
 3 上記の医療費の一部負担金の額とは、通院1日につき530円、入院1日につき1,200円、指定訪問看護1日につき250円です。(調剤は一部負担金がありません。)
 4 医療機関ごとに月分をまとめて申請できます。
 5 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。

(事務処理欄)

医療費	他法負担額	一部負担金の額	助成決定額