

第1号様式（第2条関係）

決 裁						担当者	受付	年	月	日				
							伺	年	月	日				
							決裁	年	月	日				
受給資格の判定							適	否（理由）	受給者証発行			年	月	日

妊産婦医療費受給者証交付申請書							
受 給 対 象 者	<input type="checkbox"/> 本人が申請 <input type="checkbox"/> 本人以外が申請（夫・パートナー・その他_____）  代理の方が申請される場合は、受給者本人の氏名及び住所を記入してください。						
	氏名 住所 〒 阿賀野市						
	個人番号						
	生年月日	年	月	日	電話番号		
	妊娠届出日	年	月	日	分娩予定日	年	月
職業			勤務先				
上記のとおり受給者証の交付を申請します。  年 月 日  阿賀野市長 様  <div style="text-align: right;">             申請者 住所              氏名           </div>							

〈市記入欄〉

加 入 保 険	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/> 下記のとおり	
	保険者番号 _____	保険者名称 _____
	記号／番号 _____ / _____	資格取得年月日 _____ 年 月 日
	被保険者氏名（阿賀野市国民健康保険の場合は世帯主） <div style="text-align: right;">             本人・扶養（ _____ ）           </div>	