

第5号様式（第5条関係）

妊産婦医療費助成金申請書

下記のとおり妊産婦医療費助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

阿賀野市長

様

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏名	()		受給者番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()			
加入保険	被保険者氏名				
	保険証 記号番号				
	保険者 番号/名称				
【同意書】妊産婦医療費の助成金申請にあたり、貴職が住民基本台帳等の公簿の閲覧や世帯の課税状況、 受診医療機関へ内容確認等を行うことに同意します。 申請者氏名 _____ (妊産婦本人の自署 又は 記名・押印)					
振 込 先	金融機関名			支店名	支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人	()			

(注) 医療機関の発行する領収書と診療明細書など、上記の内容が確認できるものを添付すること。

*以下は市記入欄

助成決定額	円
-------	---

診療月	区分	保険点数	一部負担金	助成額
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
年 月診療分	通院 調剤 入院		円	円
合計				円