

様式第 1 号(第 6 条関係)

勝山市妊産婦医療費助成金交付申請書

年 月 日

勝山市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 対象者 氏名 _____
 (申請者との関係 _____)

次のとおり、妊産婦医療費の助成を受けたいので勝山市妊産婦医療費助成金交付要綱第 6 条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧することや他課に照会をすること、申請内容の審査において必要な場合に市が保険者や医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

記

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		出産日	年 月 日	
	住所	勝山市	電話番号		
加入医療保険	被保険者氏名				
	保険証記号・番号	記号	番号		
	医療保険の種別	国保・全国健康保険協会・組合・船員・共済			
	保険者	番号			
		名称			
所在地					
資格取得年月日	年 月 日				
医療保険以外の 給付対象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 重度心身障害児（者）医療費助成 身体 <input type="checkbox"/> 重度心身障害児（者）医療費助成 精神 <input type="checkbox"/> 母子父子家庭医療費助成				

※市記入欄

控除の内容について	
医療保険以外の給付	付加給付制度
・重度心身障害児（者）医療費助成（身体） … 有 ・ 無 ・重度心身障害児（者）医療費助成（精神） … 有 ・ 無 ・母子父子家庭医療費 … 有 ・ 無 確認者（ _____ ）	有 ・ 無 確認者（ _____ ）