

様式第1号(第7条関係)

妊産婦医療費補助金交付対象者確認申請書

年 月 日

武 豊 町 長

住 所

申請者 氏 名

電 話

次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、対象者の確認に当たり、必要な関係公簿を閲覧することに同意します。

交 付 対 象 者	住 所	武豊町 字		
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	母子健康手帳 交付日または 転 入 日	年	月	日 (交付番号)
	分娩予定日	年	月	日
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 等 の 住 所			
	フリガナ			対象者との 続柄
	被 保 険 者 等 の 氏 名			
	保 険 者 等 の 番 号 名 称			
	記 号 番 号			
	取 得 年 月 日	年	月	日
※ 町 処 理 欄	対象者確認番号			
	交付対象事由	母子健康手帳交付・転入・その他 ()		
	交付対象開始日	年	月	日
備 考				

注 1. 母子健康手帳の写し(交付日と妊産婦の氏名がわかる部分)を添付してください。

2. 加入している被保険者証(組合員証)の写しを添付してください。

3. 加入している医療保険が変更になった場合は、変更届が必要です。

※印の欄は、記入しないでください。