

様式第3号(第8条関係)

妊産婦医療費補助金交付申請書

交付対象者	確認番号		入院 外来 補装具		
	住所		加入医療保険	被保険者等の氏名	
	氏名			保険者等の番号	
	生年月日	年 月 日		保険者等の名称	
	母子健康手帳 交付日	年 月 日		記号番号	
診療年月	総医療費 (総点数)	保険給付額	高額療養費	自己負担額	
年 月分	円	円	円	円	
年 月分					
年 月分					
年 月分					
年 月分					
年 月分					
<p>交付申請額 円</p> <p>上記のとおり医療に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。 また、交付の可否に当たり、交付対象者の情報について、必要な関係公簿を確認すること及び 保険者へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p>武豊町長</p>					