様式第１号（第7条関係）

にかほ市妊産婦医療費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

にかほ市長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

にかほ市妊産婦医療費助成事業実施要綱第７条第1項の規定に基づき、次のとおり

関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子手帳交付番号 | |  | | 母子手帳交付日（または転入日） | 年　　月　　日 |
| 受診者氏名 | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 加入保険者名 | |  | | 記号－番号 |  |
| 出産日及び資格喪失日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 同意書 | 私は当申請に対し、助成の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。  氏名　　　　　　　　　　　　　（本人自署） | | | | |

※添付書類

（１）保険医療機関等が発行する領収書

（２）母子健康手帳

（３）健康保険証のコピー

様式第２号（第7条関係）

にかほ市妊産婦医療費助成金請求書

年　　　月　　　日

にかほ市長　様

請求者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

にかほ市妊産婦医療費助成事業実施要綱第７条第1項の規定に基づき、次のとおり

にかほ市妊産婦医療費助成金を請求します。

記

助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀行  金庫  農協 | | 本店  支店  出張所 | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |  |
| 口座名義 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |