妊産婦医療費助成金交付申請書

申請者記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

臼杵市長　様　　年　月　日

受給資格者　住所　臼杵市
（申請者）　氏名　印
電話

母子健康手帳交付番号		加入保険	被保険者氏名			
受診者	フリガナ		保険証 記号　－　番号			
	氏　名		保険者	番　号		
	生年月日	年　月　日		名　称		
母子手帳をもらった日	年　月　日		出産予定日（出産日）	年　月　日		
振込先	金融機関名	銀行・組合 信金・農協		本店 支店 出張所	普通・当座	
	（ｶﾀｶﾅで記入） 口座名義		口座番号			
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無				有　・　無		

チェック欄 □	・他公費制度の利用状況・付加給付等について、臼杵市が保険者に確認すること、また必要な場合には医療機関へ照会することに同意します。
チェック欄 □	・偽りその他不正な行為により助成を受けたことが明らかになったときは、助成金の全部又は一部を返還することに同意します。

（注1）高額療養費又は付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

（注2）医療機関で証明を受ける場合は、診療を受けた翌月１０日以降にしてください。医療機関によっては証明手数料がかかる場合がありますが、助成の対象にはなりませんので、ご注意ください。

医療機関記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保険診療証明書　受診者氏名（　　）

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合 1･2･3割	特定疾病療養受領証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数				他法負担点数	保険内自己負担額（医療保険適用外を含まない額）
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	調剤点数		

年　月　日　医療機関等　所在地
名　称
氏　名　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円