

宇佐市妊産婦医療費助成金交付申請（請求）書【記載例】

宇佐市長様

次のとおり、妊産婦医療費助成金の交付を受けたいので、宇佐市妊産婦医療助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

交付にあたり宇佐市が保険者に他公費制度並びに付加給付費等について確認すること、必要な場合は医療機関に照会することについて同意します。また、偽りその他不正な行為が明らかになったときは、助成金の全部または一部を返還します。

申請者と口座名義は基本的に受診者（妊産婦）です。他の方の口座への振込や代理申請には委任状が必要です。

申請者 宇佐 花子

住所 宇佐市大字上田1030-1

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

申請診療期間	診療年月	〇年	〇月分～	〇年	〇月分
母子健康手帳交付番号	〇〇〇〇				
受診者氏名	宇佐 花子			生年月日	
				〇年	〇月
母子手帳をもらった日	〇年	〇月	〇日	出産予定日	〇年 〇月 〇日
加入医療保険	被保険者氏名	宇佐 太郎			
	保険証記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇			
	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
	保険者名称	〇〇支部 協組・船・共・国			
振込先	金融機関名	〇〇	〇〇	普通当座	
		銀行・信組・金庫・農協	支店・出張所・支所		
	口座名義(カタナ)	ウサ ハナコ			
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無	有 ・ 無				

(注3) 高額療養費又は付加給付費に該当したときは、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4) 医療機関で証明を受ける場合は、診療を受けた翌日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。

※市記入欄

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