

宇佐市妊産婦医療費助成金交付申請（請求）書

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

住所 宇佐市

電話

申請診療期間	診療年月	年	月分～	年	月分
母子健康手帳交付番号					
受診者氏名				生年月日	
				年	月 日
母子手帳をもらった日	年	月	日	出産予定日	年 月 日
加入 医療 保険	被保険者氏名				
	保険証記号番号	—			
	保険者番号				
	保険者名称	協・組・船・共・国			
振 込 先	金融機関名				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)				
	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				

（注 1） 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 2） 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

委任状

私は、宇佐市妊産婦医療費助成金の請求及び受領の権限を下記の者に委任します。

年 月 日

委任者

住所 _____

生年月日 _____

氏名 _____

連絡先 _____

受任者

住所 _____

生年月日 _____

氏名 _____