様式第１号(第６条関係)

年　　月　　日

矢掛町長　　殿

矢掛町妊産婦医療費助成金交付申請書

次のとおり，妊産婦医療費の助成を受けたいので矢掛町妊産婦医療費助成金交付要綱第６条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお，審査にあたり，記載内容を公簿により確認されること，必要な場合には医療機関へ照会されることを承諾します。

記

申請者	氏　　名			
	生　年　月　日		電話番号	
	住　　所			
加入保険	被保険者氏名			
	保険証記号番号			
	保険者番号			
	名　　称			

(注)高額療養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。

※町記入欄　　母子手帳交付日（もしくは転入日）　　年　　月　　日

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	付加給付額	控除額計	