

様式第1(第7条関係)

妊産婦医療費助成対象者確認申請書

令和 年 月 日

南知多町長様

住 所 南知多町大字 字
申請者 氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、対象者の確認に必要な関係公募を閲覧することに同意します。

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		昭和 平成	年 月 日
	住 所	南知多町大字 字		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		対象者との 続柄	
	保 険 者 名 (保険者番号)	()		
	記 号 番 号			
	資格取得日	平成 年 月 日 令和		
母子健康手帳交付日 または転入日		令和 年 月 日		
分 娩 予 定 日		令和 年 月 日		

※町処理欄

対象者確認番号	
対 象 開 始 日	令和 年 月 日
対 象 事 由	母子健康手帳交付 ・ 転入 ・ その他()
備 考	

(添付書類)

- 1 母子健康手帳の写し
- 2 加入している医療保険の資格情報が確認できる書面(「資格情報のお知らせ」等)の写し