

様式第3(第8条関係)

妊産婦医療費助成申請書

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。

対象者	確認番号		加入医療保険	保険者名 (保険者番号)	()					
	氏 名			記号番号						
母子健康手帳 交付日 または転入日		令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日						
振込先	金融機関名		口座番号							
	支店名		(フリガナ)	()						
	種 別	普通 ・ 当座	口座名義							

※町処理欄

診療年月	医療費総額	控除額			助成額
		公費負担額	保険給付額	高額療養費等	
年 月	円	円	円	円	円
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
				助成額 計	

申請時住所確認 在住・転出済