

南島原市妊産婦医療費助成申請書兼請求書

年 月 日

南島原市長 様

下記のとおり妊産婦医療費助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

申請者 (妊産婦本人)	氏名	生年月日		母子健康手帳番号	
		年 月 日		交付日	
(住所)	〒 連絡先電話番号				
<p>【同意書】妊産婦医療費助成の申請にあたり、受診医療機関へ内容確認を行うこと及び住民基本台帳で閲覧することを同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 (※)</p> <p style="text-align: center;">(※) 本人が手書き(署名)しない場合は、記名押印してください。</p>					
受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
保険医療機関に支払った 自己負担額の合計額	円 : ①				
① - 50,000 円 (本人負担額)	円 : ②		助成申請額 ② の 2/3 (1,000 円未満切捨て)	円	
振込先 (申請者の口座に 限ります。)	金融 機関名	支店名	預金 種別	口座番号	フリガナ
			普通 その他 ()		口座名義

〈添付書類〉

- 1 通帳(振込先の分かるもの)の写し
- 2 本人であることを証明する書類(マイナンバーカード(表面)又は免許証の写し)
- 3 医療機関の発行する領収書又は自己負担額を証する書類(南島原市妊産婦医療費助成医療機関受診等証明書(様式第2号))
- 4 母子健康手帳の写し
- 5 その他市長が必要と認める書類