

様式第5（第9条関係）

妊婦医療費補助金交付申請書

年 月 日

東浦町長

住所

申請者 氏名

電話

関係書類を添えて下記のとおり妊婦医療費補助金の交付を申請します。  
 なお、東浦町において、補助金の交付に必要な関係公簿を調査すること、医療費が高額療養費に該当する場合保険者に対して保険給付の交付状況を確認すること及び保険者から直接高額療養費が支払われた場合東浦町に当該金額を返還することに同意します。

記

円

ただし、保険診療一部負担金

対象者	確認証番号		加入医療保険	□別添写のとおり	
	氏 名	□申請者に同じ		世帯主・被 保険者・組 合員の氏名	
	生年月日	年 月 日		記 号 番 号	
				保 險 者 名 (保険者番号)	( )

申請には、領収書を添付してください。  
 健診料、文書料、差額ベッド代、食事代等の保険外の費用は補助の対象となりません。  
 高額療養費に該当する場合は、加入健康保険が発行する「高額療養費支給決定通知書」や「保険給付金支給証明書」を添付してください。