

次の項目に該当する場合は次の ☐ にチェック (✓) をしてください。

☐ 東浦町に住所を有している。 ☐ 健康保険に加入している。

☐ 母子健康手帳の交付を受け、妊娠中である。

☐ 障害者医療、母子家庭等医療など他の公費医療費助成の対象ではなく、医療費の助成が受けられる受給者証を持っていない。

⇒すべての項目に該当する方は、申請書の太枠内を記入してください。

記入例

妊婦医療費補助金交付対象者確認証交付申請書

東浦町長

書類の提出日を記入

令和6年12月2日

住所 東浦町大字緒川字政所20番地

申請者 氏名 東浦 花子

電話 0562-83-3111

次のとおり申請します。

なお、東浦町において、確認証の交付に必要な関係公簿を調査することに同意します。

対象者	フリガナ	ヒガシウラ ハナコ	生年月日
	氏名	☒ 申請者に同じ	平成8年4月1日
	住所	☒ 申請者に同じ	
加入医療保険	☒ 別添写のとおり		
	被保険者氏名		
	記号・番号	「別添写のとおり」にチェックした場合、加入医療保険は記入不要です。	
	保険者名 (保険者番号)	()	
	資格取得日	年 月 日	
母子健康手帳交付日		令和6年12月2日	
分娩予定日		令和7年7月1日	
※ 確認証	番号		
	交付日		
	交付対象期間		
※ 取得事由			
※ 備考			

※の欄は、記入しないでください。

(注意) 郵送で提出される場合は、申請書、母子健康手帳のコピー(手帳の交付年月日及び氏名が記載された面)を同封してください。