

様式第1号（第8条関係）

笠岡市妊産婦医療費助成交付申請書

令和 年 月 日

笠 岡 市 長 殿

下記のとおり、妊産婦医療費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、審査にあたり必要な場合には、世帯員全員の市税および税外収入金の納付状況・住民基本台帳・市民税課税台帳等の状況を確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	印		
	住所	〒 笠岡市	電話番号	
受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
加入 保険	被保険者 氏名		保険者番号	
	保険証 記号番号		名称	

《添付書類》

- ・妊産婦医療費証明書
- ・領収書（原本）
- ・高額医療費支給決定通知書の写し（該当する場合のみ）

※以下市記入欄

母子手帳交付日 （または転入日）	令和 年 月 日						
助成内容	保険診療 自己負担額	一部 負担額	控除額の内訳				医療費 助成額
			他法 負担額	高額 療養費	付加 給付額	控除額計	

妊産婦医療費助成事業受診証明書

下記の者について、妊産婦医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

㊟

受診者	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日			
上記期間中に実施した疾患（妊娠をきっかけに発症及び判明したもの）							
<input type="checkbox"/> 妊娠貧血 <input type="checkbox"/> 切迫早産・流産 <input type="checkbox"/> 産科出血							
診療月	保険診療自己負担分		区分	診療日数	院外処方		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
保険診療自己負担分		金		円			
合計金額		領収年月日		年 月 日 ~		年 月 日	

※ 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料等、治療にかかる費用以外は対象外です。

請 求 書

令和 年 月 日
請求番号 No.

笠 岡 市 長 殿

〒 請求者 住 所
氏 名 印

下 記 の 金 額 を 請 求 し ま す

金 額			百万			千			円
-----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

但 し 笠岡市妊産婦医療費助成金として

<助成金振込先>

金融機関名					支店名				
口座 種別	普通・当座	口座 番号							
フリガナ									
口座名義人									