

# 【記入例】

様式第1号(第7条関係)

妊産婦医療費補助金交付対象者確認申請書

●年 ●月 ●日

武豊町長

住所 武豊町字長尾山2番地

申請者氏名 武豊 夢子

電話 0569-72-1111

次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、対象者の確認に当たり、必要な関係公簿を閲覧することに同意します。

交付対象者	住所	武豊町 字 長尾山2番地
	フリガナ	タケトヨ ユメコ
	氏名	武豊 夢子
	生年月日	●年 ●月 ●日
	母子健康手帳 交付日または 転入日	記入不要
加入医療保険	分娩予定日	●年 ●月 ●日
	被保険者等の 住所	
	フリガナ	
	被保険者等の 氏名	
	保険者等の 番号名称	
※町処理欄	記号番号	
	取得年月日	
	対象者確認番号	
※印の欄は、記入しないでください。	交付対象事由	母子健康手帳交付・転入・その他( )
	交付対象開始日	年 月 日
備考		

この欄は記入不要です。  
保険証と母子健康手帳の  
コピーを同封してください。

- 注 1. 母子健康手帳の写し(交付日と妊産婦の氏名がわかる部分)を添付してください。  
2. 加入している被保険者証(組合員証)の写しを添付してください。  
3. 加入している医療保険が変更になった場合は、変更届が必要です。

※印の欄は、記入しないでください。