様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| おおい町妊婦等医療費助成受給者認定申請書  年　　月　　日  　　おおい町長　　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | | | | 住所　　　　　　　　第　　号　　番地  氏名  電話 | | | | | |
| 次のとおりおおい町妊婦等医療費助成受給者の認定を受けたく申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者 | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 住所 | | | | |
|  | | | | * ・ | | | おおい町  第　　号　　番地 | | | | |
| 要件確認 | 母子健康手帳の  交付を受けた日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 住所地要件 | | | 該当者 | | | | おおい町の住民になった日 | | | | |
| 本人　・　配偶者 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者の氏名  (世帯主・組合員) | | |  | | | | 記号  番号 | |  | | |
| 医療保険の種別 | | | 国保・政管・組合・船員・共済 | | | | | | | | |
| 保険者 | 名称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | 電話　　(　　　) | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | 付加給付の有無 | | | 有・無 |
| 振込先金融機関名 | | | 支店  （口座番号） | | | 預貯金口座番号 | | | | | (普・当) | |
| 口座名義人  (カタカナ) | | | | |  | |

　＜添付書類＞

母子健康手帳、健康保険者証、振込先通帳の複写、住民票（続柄記載の謄本）

　（下記の内容について同意した場合、公簿で確認できる書類は省略できる。）

|  |
| --- |
| 同意書 |
| 私は、おおい町妊婦等医療費助成受給者認定要件の確認のため、おおい町長が住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。  氏　名　　　　　　　　　　　　印 |