

様式第 1 号（第 3 条関係）

妊産婦医療費受給資格者認定申請書					
年 月 日					
せたな町長 様					
申請人 住 所					
氏 名 ⑩					
電 話 ()					
対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
加入保険	記号番号	被保険者氏名	加入年月日	保険者番号	保険者名称
	(記号)				
	(番号)		・		
母子保健法第 15 条による妊娠の届出をした年月日				年 月 日	
転 入 日				年 月 日	
振込先	銀行	本店	口座番号 (普通)		
	信金	支店	(フリガナ)		
	農協	出張所	口座名義		
	漁協	支所			
出産予定年月日	年 月 日	出産年月日	年 月 日	母子手帳番号	市・区 町・村 No. _____

(記入はここまで)

※町記載欄

受付年月日	年 月 日
受給資格要否	☐ 要・ ☐ 否 (否の場合の理由)
受給期間	年 月 日 ～ 年 月 日