

## 久御山町妊婦歯科治療助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)久御山町長

住所 久御山町

申請者 氏名

電話 ( ) -

下記のとおり、年 月 分の妊婦歯科治療助成金を申請します。

対象者	氏名		加入保険	記号・番号	
	生年月日	年 月 日		保険者番号	
	住所	久御山町		保険者名称	
				被保険者氏名	

治療を受けた医療機関名

治療を受けた期間 年 月 日から 年 月 日まで

対象期間等	親子(母子)健康手帳の交付月	過去の受給状況 (今回申請と同じ 妊娠期間のもの)	時期	受給額
	年 月		年 月	円
	出産予定月(出産後の場合は出産月)		年 月	円
	年 月		年 月	円

振込口座 (妊婦本人 または同一 世帯の家族)	金融機関名		種別	口座番号	フリガナ 口座名義人	
	銀行	支店			普通	(カタカナ)
信用金庫		当座	(漢字)			
農協						

■確認事項 ※提出前に以下の内容の確認をお願いします。

【申請に必要なもの】

窓口申請		郵送申請		備考
<input type="checkbox"/>	交付申請書	<input type="checkbox"/>	交付申請書	本様式
<input type="checkbox"/>	領収書(原本)	<input type="checkbox"/>	領収書(原本)	診療科目(歯科)や保険適用額等の明細がわかるもの
<input type="checkbox"/>	親子(母子)健康手帳	<input type="checkbox"/>	親子(母子)健康手帳(コピー)	コピーの場合は、手帳の交付日・妊婦の氏名・出産予定日(または出産日)が記載されページ
<input type="checkbox"/>	健康保険の資格がわかるもの	<input type="checkbox"/>	健康保険の資格がわかるもの(コピー)	妊婦本人のもの (資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータル画面など)

【申請に必要なもの】

助成対象	健康保険が適用される歯科治療で、親子(母子)健康手帳の交付月の初日から出産月の末日までの間の受診分。 (令和6年11月1日以降の受診分に限る)
申請時期等	・申請期限は、受診日の翌日から起算して1年以内です。 ・申請は、受診月の翌月以降に、同じ月の領収書をまとめて提出してください。 (申請済みの月の領収書の追加は不可)

※町記入欄

チェック	<input type="checkbox"/> 住民記録	<input type="checkbox"/> 親子健康手帳	<input type="checkbox"/> 領収書	支給決定額	円
	<input type="checkbox"/> 受診日	<input type="checkbox"/> 上限額	<input type="checkbox"/> 台帳入力		