

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
☐	交付申請書	☐	交付申請書	本様式
☐	領収書(原本)	☐	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
☐	親子(母子)健康手帳	☐	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
☐	健康保険証	☐	健康保険証(コピー)	妊婦本人のもの

【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	☐ 住民記録	☐ 親子健康手帳	☐ 領収書	支給決定額	円
	☐ 受診日	☐ 上限額	☐ 台帳入力		