

補助金等交付申請書  
(兼概算払申請書)

提出する年月日を  
記入してください。

令和 年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

郵便番号、住所、氏名、電話番号を  
記入してください。

郵便番号  
申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

印

※自署した場合は、押印を省略することができます。

事業（事務）名 令和 年度 美幌町妊婦一般健康診査等交通費補助事業  
上記の事業（事務）に関し補助金等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 事業（事務）の目的及びその概要

妊産婦健診を受診するため及び出産するために町外の医療機関への通院に要する交通費を補助する。

2 事業（事務）の着手及び完了の予定期日等

着 手 令和 年 月 日

完 了 令和 年 月 日

事業着手年月日、事業完了年月日、補助金等交付申請額は空欄で結構です。

3 補助金等交付申請額 金 円

4 添付書類

同意書、母子健康手帳の写し（表紙、妊娠中の経過、出産届出済証明、産後2週間健診及び産後1か月健診を受診したことがわかるもの）

5 概算払の希望の有無 有・無

6 概算払申請の理由

7 概算払を受けたい時期及び金額

表紙、妊娠中の経過、出産届出済証明、産後健診（実施したもの）の写しを必ず添付してください。

概算払い希望時期	年 月	年 月	年 月	合 計
概算払い希望金額	円	円	円	円

8 口座振替払を希望する場合の振込先銀行等の名称及び口座番号等

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義人
銀行 本店	普通 当座	フリガナ
信金 支店		氏名
農協		

振込先の銀行名、口座番号名、口座名義人を必ず  
記入してください。