

美幌町長様

郵便番号  
住 所

氏 名  
電話番号

美幌町妊婦一般健康診査等交通費支援金交付申請書

美幌町妊婦一般健康診査等交通費支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 支援金申請内容

健康診査 回、出産準備 有・無 、2週間健診 有・無 、1か月健診 有・無

2 支援金交付申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

3 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の写し）

4 振込先

金融機関名・支店名		口座番号						口座名義
銀行 信金 農協	本店	普通					フリガナ	
	支店	当座					氏名	

出産日： 年 月 日

出産医療機関： \_\_\_\_\_