様式第1号（第6条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

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（次の2つから選択してください）

* 妊婦のための支援給付で指定した振込先を希望する。※振込先の記入は不要です。

* それ以外の口座を希望する。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | | | | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義 |
|  | 銀行  信金  農協 |  | 本店  支店 | 普通 |  |  |  |  |  |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 当座 |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |

５　出産日、医療機関等

出産日：　　　　年　　　月　　　日

　　　出産医療機関：

　　　　＊里帰り出産の場合　　里帰り先住所：

　　　　　　　　　　　　　　　里帰り期間：　　年　　月　　日以降