

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	普通					フリガナ	
	支店	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