

申請書の記入例

様式第1号（第6条関係）

提出する年月日を
記入してください。

年 月 日

美幌町長様

郵便番号
住 所

郵便番号、住所、氏名、電話番号を記入してください。

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、2 支援金交付申請額
は空欄で結構です。

1 支援金申請內容

健康診査 回、出産準備 有・無 、2週間 有・無 、1か月健診 有・無

2 支援金交付申請額

金円

母子健康手帳の表紙、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。

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。

振込先の銀行名、口座番号、口座名義を
必ず記入してください。

金融機関名・支店名		口座番号						必ず記入してください。	
銀行	本店	普通							フリガナ
		当座							氏名
信金	支店								
農協									

5 出産日、医療機関等

出産日： 年 月 日

出産医療機関：_____

*里帰りの場合 里帰り先住所：
里帰り期間： 年 月 日以降

出産日、出産医療機関を
記入してください。

距離計算できるよう、住所には、番地まで記入してください