

# 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

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 |  |  |  |  |  |  |      |
|----------------|----|------|--|--|--|--|--|--|------|
| 銀行<br>信金<br>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： \_\_\_\_\_

出産日、出産医療機関を  
記入してください。

\*里帰りの場合 里帰り先住所：  
里帰り期間： 年 月 日以降

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。