

様式第 1 号

大泉町妊婦健康診査交通費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 氏
住 所 大泉町
氏 名
電話番号

大泉町妊婦健康診査交通費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、助成金の交付に必要な範囲で、関係職員が私の世帯の住民基本台帳の閲覧及び医療機関等に妊婦健康診査の受診の内容の確認を行うことに同意します。

1 妊産婦健康診査受診者

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
受診 医療機関		母子健康 手帳番号	
支払金額	円	請求金額	円
(里帰り出産の場合は里帰り先住所) 〒			

2 振込先口座 (妊産婦本人名義のもの)

金融機関名		本・支店名	
フリガナ		預金種別	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	

3 支払額内訳（※保健福祉総合センターに来所してから記入してください。）

利用日	経路	交通手段	交通費
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円
年 月 日	～	☐ 自家用車(片道 km) ☐ 電車 ☐ バス	円

（添付書類）

○ 母子健康手帳の写し ○ その他町長が必要と認める書類

※町記入欄

支払金額		交付決定額	
	円		円