

美瑛町妊産婦健康診査・出産交通費助成事業申請書

年 月 日

美瑛町長 様

申請者 住所 美瑛町
氏名
電話番号

美瑛町妊産婦健康診査・出産交通費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に関し必要に応じて町が世帯状況、妊産婦健康診査等の受診状況を調査することを承諾します。
記

対象者	住所	〒 ー 美瑛町		電話 ()	
	氏名	(フリガナ)	(申請者との続柄)	生年月日 年 月 日生 (歳)	
	妊娠届出日	年 月 日	出産日	年 月 日	
	医療機関名				
通院明細	健診等区分	受診年月日	健診等区分	受診年月日	
	妊婦健診	年 月 日	出産日	年 月 日	
		年 月 日	産婦健診	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		計 回	
		年 月 日	※職員記入欄		対象外の確認
		年 月 日	<助成回数>		・入院中の健診や出産
		年 月 日	妊婦健診 :	回	無・有
		年 月 日	出産 :	回	・分娩日の救急車の利用
		年 月 日	産婦健診 :	回	無・有
		年 月 日	合計 :	回	
		年 月 日	<助成金額>		
		年 月 日	令和7年3月以前		
		年 月 日	1,680円 × 回 =	円	
年 月 日	令和7年4月以降				
	1,760円 × 回 =	円			
振込先	銀行・信金・農協・労金		店・所・支店		
	口座番号 (右詰めで記入)	口座種別	〔普通当座〕 口座名義カナ		
申請額	金 円	※振込先口座名義と申請者は同一の者			

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座としてください。

※美瑛町記入欄

処理欄	申請受理 年 月 日	決定年月日	決定額
-----	---------------	-------	-----