

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	1,680円 × 回 = 円								
年 月 日									
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)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							口座種別
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
-------------	------------------	-------	-----