

様式第1号（第6条関係）

妊婦健康診査交通費助成金交付申請書

年 月 日

釜石市長 宛て

申請者 住所

氏名

妊婦健康診査交通費助成金の交付を受けたいため、次のとおり申請します。なお、市が妊婦健康診査交通費助成金の交付の決定をしたときは、当該決定した額の助成金を次の振込先に振り込むよう請求します。

助成申請額 円

フリガナ 対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
出産年月日	年 月 日		
ハイリスク妊婦 該当区分	(1)医師からの紹介状 (2)帝王切開による出産 (3)その他 ()		
妊婦健診受診日		医療機関	助成金額 (1回当たり3,000円)
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
合計金額			
振込先	銀行 信金		本店 支店
	フリガナ		預金種別
	口座名義人		普通・当座
		口座番号	

備考1 申請には、母子健康手帳の写しを添付してください。

2 口座欄には、対象者名義の金融機関口座を記入してください。