

様式第1号（第4条関係）

○年 ○月 ○日

富岡町妊産婦健診交通費助成申請書

富岡町長 様

申請者 住所 富岡町大字本岡字王塚 622 番地の1

氏名 富岡 花子

電話 0240-22-2111

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会、提供及び医療機関等に対する健康診査等の実施の有無等に係る情報の照会について同意します。

1 助成金交付申請額 申請金額（受診回数×2,000円） 円

2 申請額内訳

	受診回数	受診日	出発地	医療機関名
妊婦一般 健康診査	第1回	受診した年月日をご記入ください	出発地のどちらかに○をつけてください	
	第2回		受診した病院や産婦人科等の医療機関名をご記入ください	
	第3回			町内・町外
	第4回			町内・町外
	第5回			町内・町外
	第6回			町内・町外
	第7回			町内・町外
	第8回			町内・町外
	第9回			町内・町外
	第10回			町内・町外
	第11回			町内・町外
	第12回			町内・町外
	第13回			町内・町外
	第14回			町内・町外
	第15回			町内・町外
産婦 健康診査	第1回	町内・町外		
	第2回	町内・町外		

3 振込先

金融機関	○○	銀行 信用金庫 農協	○○	本店 支店 出張所
口座番号	普通 当座	○○○○○○○○	口座名義人 (フリガナ)	トミカ ハナコ 富岡 花子