

別記第 1 号様式(第 4 条関係)

中川町妊婦定期健診交通費補助金交付申請書

年 月 日

中川町長 様

申請者 住 所 中川町字
氏 名

中川町妊産婦定期健診交通費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、里帰り出産に係るものではないことを申し出ます。

記

申請額 金 円

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
医療機関名			所在地	
出産（予定）日	年 月 日			
健康診査交通費 （産前 1 4 回、出 産準備 1 回、産 後 1 回を限度）	(産 前) ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ 月 日 ⑤ 月 日 ⑥ 月 日 ⑦ 月 日 ⑧ 月 日 ⑨ 月 日 ⑩ 月 日 ⑪ 月 日 ⑫ 月 日 ⑬ 月 日 ⑭ 月 日			
	(出産準備) 月 日 (市)			
	(産 後) 月 日			

支払希望	口座振込 ・ 現金	
振込先金融機関名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
北星信用金庫中川支店	普通	
北はるか農協中川支所	普通	

※ 町記載欄

算出内訳	円× 回＝ 円	助成決定額	円
------	---------	-------	---

年 月 日

上記のとおり支出してよろしいか伺います。

町 長	副町長	課 長	課長補佐・主幹	係長・主査	担 当	合 議