

様式第1号（第6条関係）

えりも町妊婦健康診査等交通費助成金交付申請書

年 月 日

えりも町長 様

次のとおり、えりも町妊婦健康診査等交通費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳により確認されることを承諾します。

申請者	氏名 印 ※ 代理人の場合は対象者との続柄 ()	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所 えりも町字	電話番号

申請者と対象者が同一の場合には、対象者欄の記入は不要です。

対象者	氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所 えりも町字	電話番号

助成金振込先 ※ 口座名義人は、対象者と同一の方に限ります

金融機関名		銀行・金庫 農協・組合		店・支店 出張所
口座番号	普通・当座		口座名義人	

回数	受診年月日	助成金額	備考
1	年 月 日	円	
2	年 月 日	円	
3	年 月 日	円	
4	年 月 日	円	
5	年 月 日	円	
6	年 月 日	円	
7	年 月 日	円	
8	年 月 日	円	
9	年 月 日	円	
10	年 月 日	円	
11	年 月 日	円	
12	年 月 日	円	
13	年 月 日	円	
14	年 月 日	円	
出産直前	年 月 日	円	
聴覚検査	年 月 日	円	
産後	年 月 日	円	
合計助成金額		円	

【算定基準】

近浦、笛舞	1,000円
大和、本町	1,200円
新浜、歌別	}
東洋、えりも岬	
庶野	1,600円
目黒	1,800円

【添付書類】

- 母子手帳コピー
- 通帳コピー
- 医療機関の領収書（産後）
- 新生児聴覚検査領収書または診療明細書

【確認事項】

- 妊婦一般健康診査受診票
- 住所要件

様式第1号（第6条関係）