

恵庭市妊産婦健康診査通院支援事業交付申請書

【記載例】

令和 年 月 日

恵庭市長 様

妊産婦氏名と口座名義は同一人物でなければ、振込できません。

住所 〒061-
恵庭市
妊産婦氏名
電話番号

恵庭市妊産婦健康診査通院支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり妊産婦健康診査通院支援事業助成金の交付を申請します。

氏名 (フリガナ)		生年月日	
妊産婦		昭和 ・ 平成	年 月 日生 (歳)
		令和	年 月 日生
子			

申請者ご自身が不明であれば、市で受診状況確認できるので、空欄でも可能です。

振込先の金融機関名称及び口座番号等

口座名義

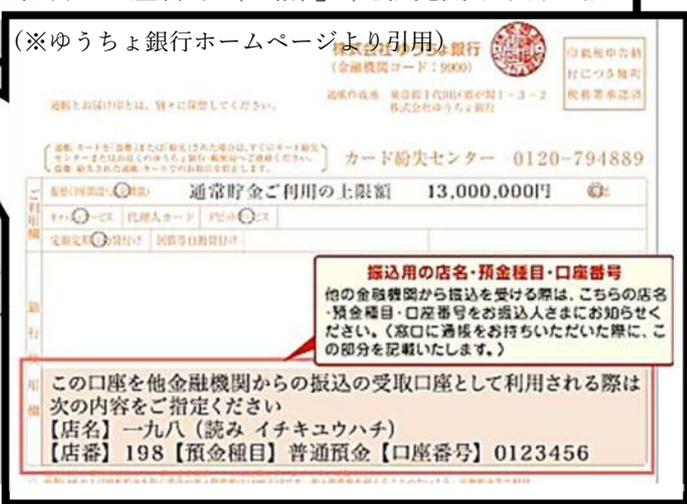
金融機関

種類	口座番号
1 普通	
2 当座	
3 その他()	

支所 出張所

(市外医療機関使用回数)	単価	助成金交付申請額
妊婦一般健康診査受診券 (最大14回) 出産時 産婦健康診査受診券 (最大2回)		
(回 + 回 + 回) × 1,000円 =		円

- ※ 超音波検査の回数は対象外です
- ※ 口座番号は左詰めで記入ください
- ※ ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入ください。



- 【添付書類】
- 母子健康手帳内の
- 妊娠中の経過（妊婦健康診査記録のページ）の写し
 - 出産後の母体の経過（産婦健康診査のページ）の写し

□の2点を添付書類として預かる