

様式(第4条関係)

妊婦健康診査等交通費助成金請求申請書

尾道市長 様

年 月 日

次のとおり、妊婦健康診査等交通費助成金を申請します。

受診者名											個人番号										
生年月日	年			月			日生														
住所(居住地)	尾道市																				
<input type="checkbox"/> 百島 <input type="checkbox"/> 細島	人のみ(回)(常石港 回・尾道港 回)・自家用車(回)																				
妊婦歯科健診	<input type="checkbox"/> 人のみ(<input type="checkbox"/> 常石港・ <input type="checkbox"/> 尾道港・ <input type="checkbox"/> 細島)・ <input type="checkbox"/> 自家用車																				
申請者 (<input type="checkbox"/> 座名義人と同名)	住所	尾道市																			
	氏名																				
	生年月日	年			月			日生													
	電話番号	() ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。																			
	振込先	フリガナ																			
<input type="checkbox"/> 座名義人 (申請者と同名)																					
(どちらかに記入)		銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 支所	番号	(普・当)																
	ゆうちょ銀行	記号																			

添付書類：母子健康手帳の写し(妊娠中の経過・妊娠中と産後の歯の状態) 通帳の写し

※ 申請書の提出期限は、産後1年以内です。助成金の支給対象となる健診は住所地からのものに限ります。

市記入欄

合計

円

番号	有	無
身元確認	済	未
個力・免・パ・障 保・年・介()		
代理権	有	無