

わかれば記入

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

申請日を記入

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	尾道 花子		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
生年月日	○	年	○	月	○	日	個人番号(マイナンバー)なくても申請可									
住所(居住地)	尾道市 因島土生町7番地4															
口百島口細島	人のみ( 回)(常石港 回・尾道港 回)・自家用車( 回)															
妊婦歯科健診	口人のみ(口常石港・口尾道港・口細島)・口自家用車															
申請者(口座名義人と同名)	住所	尾道市 因島土生町7番地4														
	氏名	尾道 花子 ※振込先名義人と同名を記入														
	生年月日	○	年	○	月	○	日生	申請者と口座名義人が同名であるかを確認(本人・夫でも可)								
	電話番号	(0848) - 00 - 0123														
	フリガナ	オノミチ ハナコ														
振込先	口座名義人(申請者と同名)	尾道 花子														
	(どちらかに記入)	尾道	銀行・信用金庫 農協・信用組合	尾道	支店 支所	番号	記号番号は右詰で記入してください。									
	ゆうちょ銀行	記号	0	0	1	2	3	番号	1	2	3	4	5	6	7	8

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です。

市記入欄

市記入欄は記入しないでください

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