愛別町妊産婦安心出産支援事業申請書

　　　　　年　　　月　　　日

愛　別　町　長　　様

申請者　　住　所

氏　名

電　話

　愛別町妊産婦安心出産支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記の通り申請します。なお、里帰り出産に係るものではないことを申し出ます。

１．申請金額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２．申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 助成区分 | 健康診査 | （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　 |
| （産後）①　　月　　日　②　　月　　日 |
| 出産準備 | 　　　　　　　月　　日 |

　３．振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 銀行信用金庫　　　　　　支店農協 | ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

注意事項

１　母子健康手帳の記載内容を確認しますので、申請書提出時に持参してください。

２　交通費の助成は、原則として出産前でも申請することができます。