

年 月 日

大間町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

大間町妊産婦交通費助成金交付申請書

下記のとおり、大間町妊産婦交通費助成金の交付を申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		出産（予定）日	
	住 所	大間町大字		
受 診 医 療 機 関				
添 付 書 類		母子健康手帳の写し（妊産婦健診経過記録に係る記載欄） 宿泊に係る領収書、タクシー領収書		

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信金 信組・農協 労金・信漁連							本店 支店 出張所
	口 座 種 別	1 普通	2 当座	口 座 番 号					
	フリガナ								
	口 座 名 義								

【町記載欄】※助成金算出欄

	回 数	算 出 内 訳
妊婦健診（14回まで）	回	× 2,500 円 = 円
出 産 時（1回まで）	回	× 2,500 円 = 円
産婦健診（2回まで）	回	× 2,500 円 = 円
宿 泊（14泊まで）	泊	円
助成合計額		円