

標茶町妊産婦安心出産支援事業申請書

年 月 日

申請先 標茶町長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号
助成対象者との続柄 本人 その他 ()

標茶町妊産婦安心出産支援事業の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
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 助成対象者 (妊産婦)

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日

2 医療機関

医療機関名			所在地 (市町村名)	

3 出産(予定)日 年 月 日

4 交通費助成区分等

健康診査 (産前 14 回、産後 1 回を限度)	(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 <u>回</u>
出産準備 (1回を限度)	(産後) 月 日 年 月 日

5 申請額 円

6 振込先

金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店
口座種別	普通・当座	口座番号	(ふりがな) 口座名義人

町 記 載 欄	{(妊産婦健診 回) + (出産準備 回)} × (715円×往復)	適 ・ 否
	= 円 担当	