

遠方の医療機関での妊産婦等交通費助成申請書 (妊産婦健康診査)

年 月 日

湯沢町長 様

住所 〒

氏名

電話番号

下記の通り妊産婦健康診査を受診しましたので、母子健康手帳の写しを添えて助成の申請をします。

なお、本申請に係る審査に当たり、湯沢町が住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

記

受診者										
住所地 (又は里帰り先の住所)										
医療機関名	名称									
	住所									
妊婦健診実施日	1回目	年	月	日		8回目	年	月	日	
	2回目	年	月	日		9回目	年	月	日	
	3回目	年	月	日		10回目	年	月	日	
	4回目	年	月	日		11回目	年	月	日	
	5回目	年	月	日		12回目	年	月	日	
	6回目	年	月	日		13回目	年	月	日	
	7回目	年	月	日		14回目	年	月	日	
産婦健診実施日	1回目	年	月	日		2回目	年	月	日	
振込先	金融機関名				支店名					
	預金種別	普通 ・ 当座			口座番号					
	フリガナ									
	口座名義									

※申請には母子健康手帳の写しが必要です。