

第1号様式(第5条関係)

遠方の医療機関での妊産婦等交通費助成申請書 (産後ケア)

年 月 日

湯沢町長 様

住所 〒

氏名

電話番号

下記の通り産後ケアを利用しましたので、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

利用者				
住所地 (又は里帰り先の住所)				
医療機関名	名称			
	住所			
産後ケア利用日		・ 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 年 月 日 ~ 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			