

様式第1号（第5条関係）

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（妊産婦健康診査経過記録に係る記載欄）		

振込先	金融機関名	銀行・信金 本店 信組・農協 支店 労金・信漁連 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	× 2,000円 = 円
出産時（1回まで）	回	× 2,000円 = 円
産婦健診（2回まで）	回	× 2,000円 = 円
助成合計額		円