様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

江田島市長　様

江田島市妊婦健康診査交通費等助成金支給申請書

申請者　住所　江田島市

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　年　　月　　日生）

電話番号

江田島市妊婦健康診査交通費等助成金の支給を受けたいので，江田島市妊婦健康診査交通費等助成事業実施要綱第５条の規定により，次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　　診　　　日 | 支給申請額 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 | **金　　　　　　　円****（内訳）****１，０００円****×****回** |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 受診医療機関又は助産所 | 名　 　称 |  |
| 所 　在　 地及び電話番号 | 　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫・農協信漁連・（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 | 本　店　・　支　店出張所・（　　　　） |
| 銀行コード |  | 支店コード |  |
| 預金種目 | 普通・当座・（　　　） | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | ふりがな |
| 氏　　名 |

※　添付書類

１　受診日の確認できるもの（母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し）

２　振込先の通帳の写し（通帳表紙の裏面）