

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, 0 0 0 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）
- 3 未使用のクーポン券