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）