

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

士別市長

様

申請者 住所  
氏名  
電話

士別市妊産婦交通費助成金交付申請書

士別市妊産婦交通費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

妊産婦等	住所	士別市						
	氏名							
医療機関名								
交通費	妊婦健康診査	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数
		妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数	妊娠週数
	出産直前	月		日				
	出産後	月		日				
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協			本店・支店 所			
	ふりがな				口座 番号	普通・当座		
	口座名義人							

助成金申請額 \_\_\_\_\_ 円

添付書類 妊産婦健康診査等の内容が記録された母子健康手帳の写し  
又は、医療機関の領収書の写し