

様式第1号（第5条関係）

小野町妊産婦健康診査交通費助成申請書

小野町長 様

令和 年 月 日

申請者

住所 小野町大字

氏名

印

妊産婦健康診査交通費の助成を受けたいので、申請いたします。

申請額 _____ 円

【内訳】（※今回申請する健診のみ記入）

区分	回数	受診日	助成額	区分	回数	受診日	助成額
妊婦一般 健診	1回目		1,000円	妊婦一般 健診	9回目		1,000円
	2回目		1,000円		10回目		1,000円
	3回目		1,000円		11回目		1,000円
	4回目		1,000円		12回目		1,000円
	5回目		1,000円		13回目		1,000円
	6回目		1,000円		14回目		1,000円
	7回目		1,000円		15回目		1,000円
	8回目		1,000円		妊婦健診小計		
産後2週間 健診			1,000円	産後1か月 健診			1,000円
				合計	回		円

振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 農協	本店・本所 支店・支所
預金種別	1 普通、 2 当座 （該当する方を○で囲んでください。）	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		