

様式第 1 号（第 5 条関係）

国東市妊産婦健診交通費等助成金交付申請書及び請求書

R●年 ●月 ●日

国東市長 様

申請者

住所 国東町●● ●ー●

氏名 国東 花子（続柄

印

電話 0978-●●-●●●●●●

(※交付者番号)
※申請者は記入しないでください

次のとおり関係資料（※）を添えて、国東市妊産婦健診交通費等助成金を申請します。

	受診回数	受診日（利用日）	タクシー利用 の場合は○	産科医療機関	距離 （片道）	申請額
妊婦健康診査	第 1 回	R●年 ●月 ●日		●●レディースクリニック	記入しないで ください ※市記載欄です。市で距離を調査し、申請額を決定します。	
	第 2 回	R●年 ●月 ●日		●●レディースクリニック		
	第 3 回	R●年 ●月 ●日		●●レディースクリニック		
	第 4 回	年 月 日				
	第 5 回	年 月 日				
	第 6 回	年 月 日				
	第 7 回	年 月 日				
	第 8 回	年 月 日				
	第 9 回	年 月 日				
	第 1 0 回	年 月 日				
	第 1 1 回	年 月 日				
	第 1 2 回	年 月 日				
	第 1 3 回	年 月 日				
	第 1 4 回	年 月 日				
	出産日	R●年 ●月 ●日	○	●●レディースクリニック		
産婦健康診査 （産後 2 週間）	R●年 ●月 ●日		●●レディースクリニック			
産婦健康診査 （産後 1 か月）	R●年 ●月 ●日		●●レディースクリニック			
申請額（交通費）計						

利 用 日	宿泊の区分	申請額
R● 年●月 ●日	<input checked="" type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<div>記入しないでください</div> <div>※市記載欄です。市で申請額を決定します。</div>
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	
申		

- (※) ①妊婦健診の内容等が記録された母子健康手帳の写し
- ②交通費（タクシーを利用した場合のみ）又は宿泊費に係る領収書の写し
- ③医師の診断等により指定された産科医療機関に通院した場合は、医師の診断等を確認できる書類
- ただし、書類を取得できない場合は産科医療機関の選択についての自己申告書（様式第2号）

(振込先)

振込先金融機関名	口座番号	口座名義
●●銀行 ●●本店 ●●支店 金庫 出張所	普通●●●●●●●● 当座	(ふりがな) くにさき はなこ 国東 花子