

妊産婦健康診査交通費助成申請書

平成 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住所 阿賀町  
氏名  
(受診者氏名

印  
)

下記のとおり通院をしましたので、交通費の助成を申請いたします。

■健診実施日	平成 年 月 日 ( 1 回目)
	平成 年 月 日 ( 2 回目)
	平成 年 月 日 ( 3 回目)
	平成 年 月 日 ( 4 回目)
	平成 年 月 日 ( 5 回目)
	平成 年 月 日 ( 6 回目)
	平成 年 月 日 ( 7 回目)
	平成 年 月 日 ( 8 回目)
	平成 年 月 日 ( 9 回目)
	平成 年 月 日 ( 10 回目)
	平成 年 月 日 ( 11 回目)
	平成 年 月 日 ( 12 回目)
	平成 年 月 日 ( 13 回目)
	平成 年 月 日 ( 14 回目)
	平成 年 月 日 (1ヶ月健診)

■医療機関名

--

■助 成 額

- ・利用区間 自宅(又は、里帰り先の住居)～ 医療機関 まで往復 km 円  
(1km当たり 20円で算出)
- ・申請金額 円 ( 円 × 回 = 円)

振 込 指 定 金 融 機 関	銀行・信組	支 店	種 別	普通・当座
		出張所	口座番号	
	金庫・農協		フリガナ	
			口座名義人	

※申請には母子健康手帳の写しが必要です。