

別記様式(第4条関係)

阿賀町妊産婦健康診査交通費助成申請書

年 月 日

阿賀町長様

住所 阿賀町

申請者

氏名

電話番号

下記のとおり、交通費の助成を申請します。

妊産婦氏名				
生 年 月 日		年 月 日		
住 所		阿賀町		
居 住 地 (里 帰 り の 場 合)				
①	医 療 機 関 名		受 診 回 数	
	医療機関までの距離 (往 復)		公共交通機関の運賃 (往 復)	
②	医 療 機 関 名		受 診 回 数	
	医療機関までの距離 (往 復)		公共交通機関の運賃 (往 復)	
助 成 額		円 ※自家用車の場合は(往復の距離数)×(20円)×受診回数で算出 ※公共交通機関の場合は(往復の運賃)×受診回数で算出		
振込先	金 融 機 関 名	銀行 ・ 信組 ・ 金庫 ・ 農協 本店 ・ 支店 ・ 出張所		
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※入院する場合で交通費がかからない場合は含めないでください。
※ 母子健康手帳(妊産婦健康診査を受診したことが確認できるもの)の写しが必要です。