

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

九戸村妊産婦健康診査等交通費助成金交付申請書

九戸村長 様

申請者住所

氏名

㊞

九戸村妊産婦健康診査等交通費助成金の交付を受けたいので、九戸村妊産婦健康診査等交通費助成交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

交付申請額	円		
フリガナ 申請者氏名 (健診受診者)		生年月日	年 月 日
住 所	〒 電話番号		
出産年月日	年 月 日		
①受診医療機関名	岩手県立二戸病院	受診回数	回
交通手段 及び区間	片道バス料金	円	⇔
	片道バス料金	円	⇔
②受診医療機関名	岩手医科大学付属病院	受診回数	回
交通手段 及び区間	片道バス料金	円	⇔
	片道バス料金	円	⇔
	片道鉄道運賃	円	⇔
助成金振込先 ※申請者名義口座 に限る	金融機関名		支店名
	口座種類	普通・当座	口座番号

添付書類

- (1) 母子健康手帳の写し（妊婦健康診査を受診したことがわかる箇所）
- (2) 申請者名義通帳の写し（助成金振込先の金融機関名、支店名、口座番号がわかる箇所）