

愛別町妊産婦安心出産支援事業申請書

年 月 日

愛 別 町 長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

愛別町妊産婦安心出産支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記の通り申請します。

対 象 者	妊産婦氏名		生年月日	年 月 日
里 帰 り の 場 合	滞在先住所			
	滞在期間	年 月 日から 年 月 日まで		
医 療 機 関	所在地			
	医療機関名			
	里帰り時に受診した 医療機関所在地			
	里帰り時に受診した 医療機関名			

振 込 先	金融機関名	普通 当座	口座番号	
	銀 行	ふりがな		
	信用金庫 店 農 協 支所	口座名義人		

1 必要書類 母子健康手帳

【町記載欄】

医療機関	対象健診回数	助成金額	合計
	妊婦健診 回	片道 円×2回＝ 円	
	産婦健診 回	片道 円×2回＝ 円	
	出 産 回	片道 円×2回＝ 円	円
	妊婦健診 回	片道 円×2回＝ 円	
	産婦健診 回	片道 円×2回＝ 円	
	出 産 回	片道 円×2回＝ 円	円
助成決定金額	金 円		