

様式第 1 号（第 4 条関係）

淡路市妊婦健康診査等交通費助成金交付申請書

年 月 日

淡路市長 様

申請者（妊婦健康診査等の受診者に限ります。）

住 所 淡路市

氏 名

電話番号 — — 番

妊婦健康診査等交通費助成金の交付を受けたいので、淡路市妊婦健康診査等交通費助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が、助成金の交付決定の審査に当たり、私の住民基本台帳及び世帯員の納税情報を確認し、並びに妊婦健康診査等の状況を医療機関等へ照会することに同意します。

- 1 交付申請額 円
- 2 交付対象妊婦健康診査等の回数

(1) 妊婦健康診査 回
(年 月 日 から 年 月 日まで)

(2) 出産時の検診 回
(年 月 日)
- 3 淡路島外の医療機関等の名称及び所在地

4 助成金の振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口 座 種 別	普通・当座・その他 ()	
口 座 番 号		
口 座 名 義 人	(カタカナでご記入ください。)	

備考

- 1 淡路島外の医療機関等で妊婦健康診査及び出産時の検診を受診したときの領収書又はその写し並びに妊娠中の経過及び出産の状態が確認できる母子健康手帳の写しを添付してください。
- 2 助成金は、上記の金融機関に振り込みますので、申請者本人名義の口座を記入してください。