

別記第1号様式（第5条関係）

石狩市妊産婦健康診査等通院交通費助成金交付申請書

令和 年 月 日

石狩市長 様

石狩市妊産婦健康診査等通院交通費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名 (妊産婦)	※氏名は自署してください。				電話番号				
	住所									
受診日 ※厚田区 浜益区 の自宅 から通 院した 日	1	令和	年	月	日	9	令和	年	月	日
	2	令和	年	月	日	10	令和	年	月	日
	3	令和	年	月	日	11	令和	年	月	日
	4	令和	年	月	日	12	令和	年	月	日
	5	令和	年	月	日	13	令和	年	月	日
	6	令和	年	月	日	14	令和	年	月	日
	7	令和	年	月	日	15	令和	年	月	日
	8	令和	年	月	日	16	令和	年	月	日
申請額 (単価×2×受診回数)		円		【算出方法】						
※市記入欄	市が指定する医療機関等				距離	単価(片道)				
					25キロメートル以下	240円				
	自宅から指定医療機関等までの距離		キロメートル		25キロメートルを超えて 50キロメートル以下	480円				
	助成金の額		円		50キロメートルを超えて 75キロメートル以下	820円				
				75キロメートルを超えて 100キロメートル以下	1,070円					
下記を確認し該当する□にチェックしてください。										
<input type="checkbox"/> 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。										
<input type="checkbox"/> 厚田区又は浜益区の自宅から受診したことを誓約します。										

振込口座	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 ※申請者と同一の方				

- 添付書類 ①母子健康手帳の写し（表紙、妊娠中の経過、出産の状況、出産後の母体の経過）
②産後健診の領収書の写し
③通帳の写し（振込口座がわかるもの）
④その他市長が必要と認める書類