

様式第1号（第4条関係）

## 岩内町妊婦健康診査通院交通費 助成申請書兼請求書

年 月 日

岩内町長 様

住所 岩内町字 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

(電話 \_\_\_\_\_ )

下記のとおり、岩内町妊婦健康診査通院交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請・請求します。

助成対象者 (申請者と同じ場合は、記入の必要はありません。)	住 所	岩内町字
	氏 名	
健康診査を受けた 医療機関又は助産所	住 所	
	医療機関名	
	住 所	
	医療機関名	

- ※ 母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写しを添付してください。
- ※ 申請書の提出期限は、妊娠が終了した日から1年以内です。
- ※ 健康診査を受けた医療機関等が2箇所以上ある場合は、2箇所記入してください。

※岩内町確認欄（以下の記入は必要ありません）

医療機関等の所在地	1回当たりの助成金の額	受診回数	助成金合計	備考
倶知安町	1,420円	回	円	
小樽市	2,680円	回	円	
札幌市	3,500円	回	円	
その他の市町村	3,500円	回	円	
計		回	円	