

知夫村妊産婦健診および不妊治療に関する交通費助成金申請書

年 月 日

知夫村長 様

申請者 住所 知夫村  
氏名 印  
電話番号

知夫村妊産婦健診および不妊治療に関する交通費助成実施要綱第4条の規定に基づき、以下の通院に要した交通費について、必要書類を添付し申請します。なお、交付決定にかかる審査に際しては、当該医療機関に対し問い合わせることに同意します。

通院した者の氏名		(生年月日: 年 月 日)	(生年月日: 年 月 日)
通院状況	区分/通院回数 ※☑と回数を記入	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健診 (島前: 回、島後: 回、本土: 回)	<input type="checkbox"/> 産婦健診 (島前: 回、島後: 回、本土: 回)
		<input type="checkbox"/> 不妊治療 (本土: 回)	
	医療機関		
	所在地	(連絡先 )	
<p><u>申請額 金 円也</u></p> <p>(適用) 島前 600円 島後 2,000円 本土 6,000円</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦一般健診 島前:全回数分、島後:3回まで、本土:3回まで</li> <li>・産婦健診 島前: 2回まで、島後:2回まで、本土:2回まで</li> <li>・不妊治療 本土:夫婦の通院を合わせて10回まで</li> </ul> <p>(添付書類) ※☑を記入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 妊婦健診、産婦健診の母子健康手帳通院欄の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 不妊治療の医療機関領収書</li> <li><input type="checkbox"/> 不妊治療の診療明細書</li> <li><input type="checkbox"/> 不妊治療費助成決定通知書(島根県の助成金を交付されている者のみ)</li> </ul>			

《振込を希望する金融機関》

金融機関名		支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			