様式第1号（第4条関係）

土佐町妊婦健康診査交通費助成申請書

年　　月　　日

土 佐 町 長　　様

下記のとおり産科医療機関等における「土佐町妊婦健康診査交通費助成」について、申請します。

申請者（妊婦本人）	フリガナ		生年月日	年　　月　　日		
	氏　名	㊞				
	住　所	〒　　－ 土佐町		電話番号	－　　－	
	申請額	円	内訳	5,000　円×	回	
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号（右詰めでお書き下さい。）	（フリガナ） 口座名義	
	農協 銀行 信金 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座			
	ゆうちょ銀行（郵便局）を指定される場合は、貯金通帳の見開き下の他金融機関からの受取口座を記入下さい。					

《以下は町記入欄ですので記入しないで下さい。》

健診種別	健診受診日	受診医療機関	健診種別	健診受診日	受診医療機関
妊婦健診（1回）	年　月　日		妊婦健診（8回）	年　月　日	
妊婦健診（2回）	年　月　日		妊婦健診（9回）	年　月　日	
妊婦健診（3回）	年　月　日		妊婦健診（10回）	年　月　日	
妊婦健診（4回）	年　月　日		妊婦健診（11回）	年　月　日	
妊婦健診（5回）	年　月　日		妊婦健診（12回）	年　月　日	
妊婦健診（6回）	年　月　日		妊婦健診（13回）	年　月　日	
妊婦健診（7回）	年　月　日		妊婦健診（14回）	年　月　日	
合計回数	回	支給決定額	円	支給決定年月日	年　月　日

【添付書類】母子手帳の妊婦一般健康診査等の内容が記載されたページの写し

※　太実線内のみご記入ください。

※　**通院助成の対象となるのは、土佐町が発行する「妊婦一般健康診査受診票」を用いての受診票に限り、通院1回あたり5,000円です。**

※　申請要件の確認のため、世帯の住民基本台帳登載情報、生活保護受給情報の照会、町税等の納付状況等の調査を受けることについて、申請者世帯の全員が同意します。