

(あて先)新宮町長

申請者 住 所 新宮町

氏 名

電話番号

母子健康診査等に係る渡船運賃費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	新宮町 ※申請者と同じ場合は記入不要		

※該当する申請項目に

妊婦健康診査    妊婦歯科健康診査    出産(片道)    宿泊費用    産婦健康診査

【助成金振込先(申請者と同名義)】

	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 所
普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)	

請求額合計 ①+②+③+④+⑤	円
--------------------	---

【妊婦健康診査】

受診回数	受診日	支払金額	① 助成額 ※町記入欄
回		円	円

【妊婦歯科健康診査】

受診回数	受診日	支払金額	② 助成額 ※町記入欄
回		円	円

【出産（片道）】

出産日	渡船利用日	支払金額	③ 助成額 ※町記入欄
		円	円

【宿泊費用】

宿泊日数	宿泊日	支払金額	④ 助成額 ※町記入欄
日		円	円

【産婦健康診査】

受診回数	受診日	支払金額	⑤ 助成額 ※町記入欄
回		円	円

※添付書類

- (1) 領収書等の写し（渡船又は宿泊施設を利用した日付及び金額が確認できるもの）
- (2) 母子健康手帳の受診した項目に該当する記録欄の写し
- (3) 助成金の振込金の振込先口座が確認できる書類の写し
- (4) 出産の場合、出産に係る通院初日の日付が確認できる書類の写し（医療機関の領収証等）