

様式第1号（第5条関係）

竹田市妊産婦健診移動・宿泊支援助成金交付申請書及び請求書

年 月 日

竹田市長 様

申請者名
住所 竹田市
電話

次のとおり関係資料を添えて竹田市妊産婦健診移動・宿泊支援助成金を申請します。

妊産婦	氏名	生年月日 年 月 日
	母子健康手帳交付番号	母子健康手帳交付日 年 月 日
振込先	金融機関名 銀行・組合 信金・農協 本店・支店・出張所	普通・当座 フリガナ 口座名義 口座番号
チェック欄 <input type="checkbox"/>	偽りその他不正な行為により助成を受けたことが明らかになったときは、助成金の全部又は一部を返還することに同意します。	

【添付書類】

- ①母子健康手帳の写し（妊婦健康診査受診日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）
- ②交通費及び宿泊料に係る領収書（タクシー又は有料宿泊施設を使用した場合）

【市記入欄】

健診等項目	交通手段	回数	申請額
妊婦健康診査	タクシー以外		円
	タクシー		円
出産日	タクシー以外		円
	タクシー		円
産婦健康診査	タクシー以外		円
	タクシー		円
申請額（交通費）			円

宿泊利用日	申請額	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
申請額（宿泊料）		円

助成額（交通費および宿泊料）	円
----------------	---