

北見市妊産婦交通費助成申請書

<申請者>

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
妊産婦一般健康診査及び出産に要した交通費用助成を申請します。 なお、申請内容の確認に当たり、北見市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は実施医療機関等に問い合わせることに同意します。						
フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名	署名		個人番号	— この手続きでは個人番号の記入は不要です —		
			日中連絡先	— —		
住所	(建物名等)		市処理欄			

<対象者> (健康診査を受けた方)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			旧姓	母子手帳交付後に姓が変わった場合 ()		
住所	□申請者と同じ		母子手帳番号			
申請回数	妊婦一般健康診査()回・出産・産婦一般健康診査		受診合計()回分			
距離区分	自宅から最寄りの医療機関までの距離		市処理欄			
	□20 kmを超えて 25 km □25 kmを超えて 50 km □50 kmを超えて 75 km					

<受取口座> ※原則として申請者の口座を指定してください

口座名義人	カナ											
郵便局の通帳に振込	通帳の記号					通帳の番号						
	1				0	—						1
銀行口座に振込	口座番号											
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店	□普通										
	支店	□当座										

市処理欄

—

北見市使用欄

本人確認	来庁者	確認事項	決定		
①番・免・パ・手帳 他()	□本人 □代理人	□住民登録 □母子健康手帳 (健診記録の写し)	□申請を認め、助成金を交付する () 円		
②証・年金・児童・バス・社員・学生 他()	代理権確認手段 ()	□銀行口座 □他 ()	□下記理由により申請を却下する 理由()		
③ヒア			第 4 類		
			課長	係長	係

