

出産子育て交通費助成金申請明細書

※申請区分ごとで作成してください。

申請者	住所	伊方町		生年月日	
	フリガナ氏名	()		平成 年 月 日	
				年齢	歳
申請区分 申請区分に☑を記入		<input type="checkbox"/> ①不妊治療（妊娠前の検査又は不妊治療を受けている夫婦） <input type="checkbox"/> ②妊産婦 <input type="checkbox"/> 未就学児及び当該児童を養育する親等			
健康保険の種類					
対象者 (人)	フリガナ氏名	()	生年月日	令和 年 月 日	
	フリガナ氏名	()	生年月日	令和 年 月 日	
	フリガナ氏名	()	生年月日	令和 年 月 日	
対象者名	申請者ごとの今回 補助対象経費の合計 (A)	申請者ごとの当年度 受給済補助金額 (B)	申請者ごとの補助金請求額 1人当たり年間20万円が上限 (A+Bが20万円以下)		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		
		補助金請求額合計		円	

○下記の資料を添付すること。

<input type="checkbox"/> 補助金振込先口座の通帳写し等（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が分かるもの） <input type="checkbox"/> 通院申告書 <input type="checkbox"/> バスを除く公共交通機関又はタクシーを利用して通院した交通費の領収書 <確認書類 受診者氏名、通院日及び医療機関名等が確認できるもの1点以上> <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 通院証明書 <input type="checkbox"/> 妊産婦健康診査結果 <input type="checkbox"/> 乳幼児健康診査結果 <input type="checkbox"/> 子ども医療データ（県内医療機関の場合は保健福祉課で確認）
--