

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	()	年 月 日		
			年齢	歳	
申請区分 申請区分に☑を記入		☐ 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） ☐ ②妊産婦 ☐ 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	年 月 日	
	フリガナ 氏名	()	生年月日	年 月 日	
	フリガナ 氏名	()	生年月日	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。

☐ 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） ☐ 通院申告書 ☐ 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＞ ☐ 領収書 ☐ お薬手帳 ☐ 母子健康手帳 ☐ 通院証明書 ☐ 妊産婦健康診査結果 ☐ 乳幼児健康診査結果 ☐ 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）
--