

住 所 下呂市
氏 名
電話番号

申請（請求）額 金 円

の交通費を申請及び請求します ※3,500 円を下回る場合は 3,500 円とします

口座名義人	フリガナ										
	氏 名										
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)		店名			種別	口 座 番 号					
銀 行 金 庫 農業協同組合 信用組合		本店 支店 支所 出張所			1 普通 2 当座						
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号						
	1				0						

(注意) 振込み口座は、申請者（請求者）名義に限ります。

●子の生年月日 年 月 日

●妊婦健診を受診している期間は、下呂市民でしたか

はい ・ いいえ（市民ではない期間 ～ ）

●請求明細（助成金の対象となる妊婦健診の記録）

	健診日	妊娠週数	受診医療機関	助成額
1	年 月 日		☐ 以下全て同じ医療機関	円
2	年 月 日			円
3	年 月 日			円
4	年 月 日			円
5	年 月 日			円
6	年 月 日			円
7	年 月 日			円
8	年 月 日			円
9	年 月 日			円
10	年 月 日			円
11	年 月 日			円
12	年 月 日			円
13	年 月 日			円
14	年 月 日			円
合計				円

添付 ☐ 母子健康手帳（妊婦健診受診日の分かる部分）の写し

☐ 周産期母子医療センターにて妊婦健診を受診した方は、自宅又は生活拠点から受診医療機関までの距離が分かるものの写し（GoogleMap 等）

※本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）と、振込先金融機関の分かるもの（通帳、キャッシュカード等）を確認させていただきますので、申請時にご持参ください

☐ 私は、周産期母子医療センターにて以下のとおり妊婦健診を受診しました。

・ 妊娠 週から妊娠 週まで

☐ 申請住所と同じ

・ 受診時の住所（ ）

（※市役所確認欄

☐ 本人確認 ☐ 振込口座確認）