

様式第1号（第6条関係）

西予市出産・不妊治療等通院交通費補助金交付申請書兼請求書

西予市長 様

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
電話番号

関係書類を添えて西予市出産・不妊治療等通院交通費補助金の申請及び請求をします。

なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のために市税の滞納状況、住民基本台帳等について閲覧することに同意します。

今回申請する費用について、他自治体等において補助を受けていません。

申請項目		回数	補助申請額
<input type="checkbox"/> 通院（不妊治療）		回	円
<input type="checkbox"/> 健診		回	円
<input type="checkbox"/> 通院（妊婦）		回	円
<input type="checkbox"/> 出産		回	円
交付申請額	円		
振込先			
金融機関名		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな) 口座名義人	
口座番号			

- 添付書類
1. 交通費に係る領収書または明細書
  2. 通院 通院日と治療内容が確認できる領収書と明細書の写し
  3. 健診 母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し
  4. 出産 母子健康手帳の「出産の状態」の写し

