

東北町妊婦分娩取扱施設アクセス支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東北町長 殿

私は、関係書類を添えて、東北町妊婦分娩取扱施設アクセス支援事業助成金の給付を申請・請求します。なお、申請者及び口座名義人が妊産婦本人と異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

申請者（助成対象者）

氏 名	Ⓜ	生年 月日	S・H 年 月 日
住 所	東北町	電話 番号	
医 療 機 関 名			
出 産 日			

振込先	振込先金融機関	銀行・信用金庫・農協・信用組合					
		支店・本店					
	口座の種類・番号	普通	・	当座			
	ふりがな						
	口 座 名 義						

※太枠の中をご記入ください。

以下、町記入欄

内 訳	給 付 申 請 額
交 通 費	円
宿 泊 費	円
申 請 合 計	円

※助成額は実費額×0.8の料金となります。

○添付書類等

1. 東北町妊婦分娩取扱施設アクセス支援事業助成金申請書（様式第1号）
2. 妊婦分娩取扱施設アクセス支援事業助成金申請書（様式第2号）
3. 交通費に係る領収書
4. 母子健康手帳
5. 通帳の写し
6. 印鑑