様式第１号（第５条関係）

東北町妊婦健診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、東北町妊婦健診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
有料道路通行料	円
申　請　合　計	円

※助成額は実費額×０．８の料金となります。

〇添付書類等

１．　東北町妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書（様式第１号）
２．　妊婦健診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