

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
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