

音更町妊産婦安心出産支援事業助成金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者

(〒 - )

住 所 音更町

氏 名

(署名又は記名・押印)

生年月日 年 月 日生

電話番号

音更町妊産婦安心出産支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

受診した医療期間	名 称	
	住 所	
	電 話 番 号	
通 院 回 数	妊 婦 健 診	回 (上限14回)
	出 産 時	回 (上限1回)
	産 婦 健 診	回 (上限1回)
	受診回数 計	回
助 成 金	(受診回数 回) × 1,430円 = 円	

受取希望口座 (いずれかの口座1か所を記載)

※原則として申請者の口座を指定してください。申請者の口座以外の場合は委任状が必要です。

(フリガナ) 口 座 名 義														
ゆうちょ銀行 (郵便局)	通帳の記号					通帳の番号								
	1				0	-								
ゆうちょ銀行 以外	金融機関名						口座番号							
	銀行・信用信用金庫 信用組合・農協			本店・本所 支店・支所			普通 当座							

- 添付書類
- 母子健康手帳の通院記録の写し
  - 母子健康手帳の出生届済証明書の写し
  - 母子健康手帳の出産後の母体の経過の写し
  - 振込先口座情報の確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し