

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	
申 請 額	円（詳細は別紙通院状況確認書に記載）	

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
 - 交通費にかかる領収書の写し（該当する場合）