

様式第1号（第5条関係）

大鰐町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

大鰐町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金の交付を受けたいので、大鰐町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者（助成対象者）

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	大鰐町大字	電話番号	
医療機関名			
出産日	年 月 日		

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んで下さい。

金融機関名		支店名		預金種別	当座・普通
口座番号					
フリガナ					
口座名義					

【添付書類】

- ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書（青森県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第1号様式）
- 青森県周産期母子医療センターNICU・GCU 面会状況報告書（青森県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第2号様式）
- 母子健康手帳の写し（出産日が記載されている部分）
- 交通費に係る領収書（タクシー、有料道路及び有料駐車場を使用した場合提出）
※タクシー領収書にはボールペン等で発着地を記載すること。
- 宿泊費に係る領収書
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等（写し）