

様式第1号（第5条関係）

大鰐町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

大鰐町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金の交付を受けたいので、大鰐町周産期母子医療センター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】

- 青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金申請書（青森県周産期母子医療センター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（青森県周産期母子医療センター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）