

六戸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兼請求書

年 月 日

六戸町長 様

助成対象者

住 所：六戸町

氏 名： ㊞

連絡先：

※代理人氏名：

(続柄： )

下記の通り六戸町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金の交付を申請します。

記

請求金額合計： \_\_\_\_\_ 円

【口座振込先】

振 込 先	金融機関	金融機関名		店 名
		銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合		本店・支店 本所・支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

※口座名義人と助成対象者が異なる場合は、次の委任状に記入・押印をお願いします。

私は、上記口座名義人に六戸町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 助成対象者氏名： <span style="float: right;">㊞</span>
--

<添付書類>

1. 青森県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書
2. 青森県周産期母子医療センターNICU・GCU 面会状況報告書
3. 母子健康手帳の写し（診療日及び出産日又は出産予定日が記載されている部分）
4. 診療明細書又は領収書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患の受診をした場合、又は他科でハイリスクに係る疾患で受診した場合）
5. 交通費に係る領収書の写し（タクシー、有料道路及び有料駐車場を使用した場合提出）
6. 宿泊費に係る領収書の写し