

中之条町安心出産サポート事業補助金交付申請書兼請求書

平成 年 月 日

中之条町長 様

申請者

住 所 中之条町大字

番地

氏 名

印

(妊婦との続柄：)

)

電 話

下記のとおり、中之条町安心出産サポート事業補助金の交付を申請します。  
記

補助金交付申請額			円			
妊婦氏名		生年月日	妊婦住所			
宿泊費	① 宿泊施設名称及び住所		宿泊期間	合計宿泊費	補助額	妊婦等宿泊者(続柄)
	名称		年 月 日 ~ 年 月 日	円	円	( )
	住所		宿泊日数	1日の宿泊費		( )
			日間	円	( )	
	② 宿泊施設名称及び住所		宿泊期間	合計宿泊費	補助額	妊婦等宿泊者(続柄)
	名称		年 月 日 ~ 年 月 日	円	円	( )
	住所		宿泊日数	1日の宿泊費		( )
			日間	円	( )	
交通費	交通機関名称及び住所		利用年月日	交通費	補助額	備考
	名称			円	円	
	住所					
出産医療機関名称及び住所			出産年月日	出産状況	備考	
名称						
住所						
振込先 金融機関	金融機関名 及び支店名					
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

- ※妊婦等：妊婦及びその配偶者並びに1親等（子及び父母）にあたる者。
- ※宿泊費には宿泊施設の領収書を添付して下さい。
- ※交通費には交通機関の領収書を添付して下さい。
- ※母子健康手帳を提示して下さい。（出産の状態のページをコピーします）
- ※ゆうちょ銀行の場合は通帳のコピー。
- ※振込先金融機関名義人と申請者は同一人として下さい。