第３号様式（第３条関係）

中泊町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

中泊町長あて

申請者（助成対象者）

住所：中泊町

電話：

氏名：

※申請者が代理人の場合は、下記に氏名・続柄をご記入ください。

氏名：

続柄：

関係書類を添えて下記のとおり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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 金融機関 |
| 口座名義人氏名 |  | 銀行金庫農協 | 本　店支　店出張所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 普通・当座 |

≪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（第１号様式）

２、青森県周産期母子医療センターＮＩＣＵ・ＧＣＵ面会状況報告書（第２号様式）

３、母子健康手帳の写し（診察日及び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（母子健康手帳に記録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、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（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