

様式第1号(第3条関係)

中泊町妊婦健診アクセス支援事業交付申請書

年 月 日

中泊町長 殿

中泊町妊婦健診アクセス支援事業交付要綱第3条の規定により、関係書類を添えて申請します。

住所		電話番号	自宅・携帯
申請者氏名		生年月日	年 月 日
出産日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)	医療機関名	
※以下は、申請者が代理人の場合のみ御記入ください。			
代理人住所		電話番号	自宅・携帯
代理人氏名		続柄	

〈振込先金融機関の名称及び口座番号〉 注意:申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	銀行 信用金庫 農 協 本店・支店		
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

※添付書類

- (1) 中泊町妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書(様式第2号)
- (2) 母子健康手帳写し(妊娠経中の経過及び出産日が記載されている部分)を持参すること。
- (3) 交通費に係る領収書
- (4) 振込口座の通帳の写し