

遠距離出産安心サポート事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

伊方町長 高門 清彦 様

住所 伊方町湊浦1993-1

申請者

氏名 伊方 花子

伊方町遠距離出産安心サポート事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記補助金の交付について関係書類を添えて申請します。

なお、世帯情報の閲覧、納税等の状況調査について同意します。

補助金申請額 金 60,000 円

※裏面の合計金額とし、100,000円を上限とする

| | | | | |
|------------|-------------|---|----------|----------|
| 妊婦 | 氏名 | 伊方 花子 | | |
| | 生年月日 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| | 住所 (連絡先) | 伊方町湊浦 1993 番地 1 (TEL: 090-0000-0000) | | |
| | 医療機関 | 出産予定日 | 出産日 | 退院日 |
| | 〇〇産婦人科 | 令和〇年〇月〇日 | 令和〇年〇月〇日 | 令和〇年〇月〇日 |
| 付添人 (1) | 氏名 | 伊方 太郎 | | 続柄: 夫 |
| | 生年月日 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| | 住所 (連絡先) | 伊方町湊浦 1993 番地 1 (TEL: 090-0000-0000) | | |
| 付添人 (2) | 氏名 | 佐田 岬 | 続柄: 実母 | |
| | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| | 住所 (連絡先) | 伊方町三崎 1000 番地 1 (TEL: 090-0000-0000) | | |
| 付添人 (3) | 氏名 | | | 続柄: |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 住所 (連絡先) | (TEL:) | | |

< 宿泊施設を利用した場合 >

裏

| | 宿泊先 | 宿泊先住所 | 宿泊日数 | 料金 |
|--------|-----------|----------|------|----------|
| 妊婦 | 〇〇ビジネスホテル | 〇〇県〇〇市〇〇 | 〇〇泊 | 20,000円 |
| 付添人(1) | 〇〇ビジネスホテル | 〇〇県〇〇市〇〇 | 〇〇泊 | 20,000円 |
| 付添人(2) | 〇〇ビジネスホテル | 〇〇県〇〇市〇〇 | 〇〇泊 | 20,000円 |
| 付添人(3) | | | | |
| 合計金額 | | | | 60,000 円 |

< 短期賃貸マンション利用の場合 >

| 施設名 | 施設住所 | 滞在日数 | 料金 |
|-----|------|------|----|
| | | | |

< 振込口座 >

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|------------------|-----------------|----|-------|---|---|---|---|---|
| 金融機関 | 〇〇 | 銀行・信用金庫 農協・漁協 | 支店名 | 〇〇 | 本店営業部 | | | | | |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 (右詰め記載) | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| フリガナ | イカタ ハナコ | | | | | | | | | |
| 口座名義人 (申請者と同じ) | 伊方 花子 | | | | | | | | | |

< 添付書類 >

- 領収書 (宿泊先・宿泊費用・泊数がわかるもの)
- 母子健康手帳
- 振込先口座確認書類