

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
申請者
氏名

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 _____ 円

※裏面の合計金額とし、100,000円を上限とする

妊婦	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所 (連絡先)	(TEL : _____)		
	医療機関	出産予定日	出産日	退院日
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
付添人 (1)	氏名			続柄 :
	生年月日	年 月 日		
	住所 (連絡先)	(TEL : _____)		
付添人 (2)	氏名			続柄 :
	生年月日	年 月 日		
	住所 (連絡先)	(TEL : _____)		
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				
付添人(1)				
付添人(2)				
付添人(3)				
合計金額				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		銀行・信用金庫 農協・漁協	支店名					本店営業部 支店・支所			
	口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰め記載)								
フリガナ											
口座名義人 (申請者と同じ)											

< 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