

中津川市妊婦に対する遠方の産科医療機関への交通費及び宿泊費
支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

中津川市長 様

【申 請 者】

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

関係書類を添えて次のとおり、中津川市妊婦に対する遠方の産科医療機関への交通費及び宿泊費
支援事業助成金の交付を申請及び請求します。

金 円

振込先

振込先 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行 金庫 農協										本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	口座番号 (左詰記入)										
	(ふりがな) 口座名義人												
振込先 (ゆうちょ銀行)	預金種別	普通 ・ 当座											
	店名 (漢数字で記載)				口座番号 (右詰記入)								
	(ふりがな) 口座名義人												

【申請上の注意・添付書類】

- (1) 申請書提出の際に、母子健康手帳を持参してください。
- (2) 交通費に係る領収書及び宿泊に係る領収書を提出してください。
- (3) 「ハイリスク妊婦該当事項調査票（様式第 3 号）」と「中津川市妊婦に対する遠方の産科医療機関への交通費及び宿泊費支援事業助成金交付内訳書（様式第 2 号）」も併せて提出してください。

【備考】

この請求書は、助成金の交付決定をした後に助成金交付請求書として取扱い、上記の振込先に助成金を振り込みます。なお、助成金交付請求書として取り扱う場合、交付決定の日をもって提出されたものとみなします。