

様式第1号（第5条関係）

座間味村妊産婦健診にかかる補助金交付申請書

令和 年 月 日

座 間 味 村 長 殿

座間味村妊産婦健診にかかる補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

妊産婦氏名	印		生年月日	昭和 平成 年 月 日			
住 所	座間味村字		電話番号				
母子手帳番号			出産予定日	令和 年 月 日			
出発日	帰島日	健診日	船舶運賃			宿泊費	算出額
			村民往復割	往路	復路		
1 月 日	月 日	月 日					
2 月 日	月 日	月 日					
3 月 日	月 日	月 日					
4 月 日	月 日	月 日					
5 月 日	月 日	月 日					
6 月 日	月 日	月 日					
7 月 日	月 日	月 日					
8 月 日	月 日	月 日					
9 月 日	月 日	月 日					
10 月 日	月 日	月 日					
申請額						円	円

※初回申請の方、または金融機関等に変更がある方のみご記入ください。

金融機関名		支店名	
口座番号		フリガナ	
		口座名義	

【添付書類】

- ☐ 母子手帳(表紙の写し) ※初回申請の際
- ☐ 母子手帳(受診日、受診医療機関のわかる部分の写し)
- ☐ 船舶運賃往復チケットの半券
- ☐ 宿泊施設の領収書(1泊分 申請者本人のみ助成)
- ☐ 金融機関口座の写し ※初回申請または変更の際

令和 年 月 日 (承認 ・ 却下)	
支給決定額	円