

年 月 日

和泊町ハイリスク妊産婦出産支援事業助成申請書兼請求書

和泊町長 殿

申請者 住 所 和泊町大字
氏 名
電話番号

ハイリスク妊産婦出産支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求
請求します。

	ふりがな	生 年 月 日
	氏 名	
母 親		年 月 日 生（ 歳）
子 ども		年 月 日 生（ 歳）
受診医療機関名		
治 療 期 間	年 月 日 ～	年 月 日
出 産 年 月 日	年 月 日	

（助成申請等）

	ア：申請額	イ：町助成上限額	ア又はイの低い額
交 通 費	円	円	円
宿 泊 費	円	円	円
小	計		円
助成申請額（小計に3分の2を乗じた額で100円未満の端数は切り捨て）			円

（振込先）

金融機関名	
	本店・支店・支所
口座番号	普通・当座
（フリガナ） 口座名義人	

町記入欄

添 付 書 類	確認欄	受付印
母子健康手帳の写し		
診断書等の写し		
治療を受けた事を証明できる書類等の写し		
緊急搬送に係る担当医等の証明書		
交通費・宿泊費の領収書等		