

平内町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

平内町長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

平内町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。

記

請求金額		円		
妊産婦	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
	入通院開始日	年 月 日	入通院終了日	年 月 日
新生児	入院日	年 月 日	退院日	年 月 日
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

【 添付書類 】

- 青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金申請書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第1号様式）及び青森県周産期母子医療センターNICU・GCU 面会状況報告書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第2号様式） ※NICU又はGCUに入院している児の面会に係る申請の場合提出
- 平内町ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書（様式第4号）
- 母子健康手帳の写し（診療日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）
- 診療明細書又は領収書（母子健康手帳に記録されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患で受診した場合、他科でハイリスクに係る疾患で受診した場合）
- 交通費に係る領収書（タクシー、有料道路及び有料駐車場を使用した場合提出）
※タクシー領収書にはボールペン等で発着地を記載すること。
- 宿泊費に係る領収書
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等（写し）