

様式第1号(第4条関係)

七ヶ宿町安心出産支援事業助成金（妊婦健診費・交通費）交付申請書

年 月 日

七ヶ宿町長 様

申請者 住 所 七ヶ宿町字

氏 名

印

電話番号

下記のとおり、七ヶ宿町安心出産支援事業助成金を申請します。

種類	<input type="checkbox"/> 妊婦健診費 <input type="checkbox"/> 交通費			
	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
対象者	住所	〒 七ヶ宿町字		
			出産(予定)日	年 月 日

添付書類 妊婦健診費

- 1) 母子健康手帳の写し
- 2) 自費で妊婦健診を受診していることを確認できる領収書

交通費

- 1) 母子健康手帳の写し

助成金の支払いを受ける振り込み口座を記入してください。

金融機関名	銀 行		本 店
	金 庫		支 店
	農 協		出張所
口座種別	普 通	口座番号	
ふりがな 口座名義人			