

三沢市ハイリスク妊産婦等アクセス支援事業助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおりハイリスク妊産婦等アクセス支援事業助成金の給付を申請します。なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

記

内 容	(ふりがな) 氏 名	生年月日
助 成 対 象 者	( )	S・H 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 三沢市	
電 話 番 号		
妊 娠 届 出 年 月 日	年 月 日	
出 産 予 定 日・出 産 日	年 月 日	
内 訳	給 付 申 請 額	
交 通 費	円	
宿 泊 費	円	
申請額合計		円
給付決定額		円
三沢市長 様		
年 月 日		
申請者（助成対象者）氏名：		
※申請者が代理人の場合は、氏名・続柄をご記入ください。		
氏名： 続柄：		
振 込 先	金融機関名	銀行 支店
	預 金 種 別	普通・当座 口座番号
	ふりがな 口座名義人	

\*添付書類等

1. ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書（第1号様式）
2. 青森県周産期母子医療センターNICU・GCU面会状況報告書（第2号様式）または  
三沢市周産期母子医療センターNICU・GCU面会状況報告書（第3号様式）
3. 母子健康手帳の写し
4. 診療明細書または領収書
5. 通帳の写し