

## 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

※太枠内をご記入ください。

助成対象者	ふりがな 氏名：	生年月日： S・H 年 月 日
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
助成額合計		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】**

- 1.(1)~(4)のうち使用した書類
  - (1)妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書(様式第2号)
  - (2)妊婦分娩取扱施設アクセス支援事業助成金申請書(様式第3号)
  - (3)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(様式第4号)
  - (4)青森県周産期母子医療センターNICU・GCU 面会状況報告書(様式第5号)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(様式第6号)
- 2.母子健康手帳の写し
- 3.領収書(有料道路や有料駐車場、宿泊に要した費用)
- 4.通帳の写し

※以下、市事務処理欄

給付決定額  _____ 円	課長	グループリーダー	担当者	受付年月日	
				決定年月日	