

藤崎町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付申請書

年 月 日

藤崎町長 殿

藤崎町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金の交付を受けたいので、藤崎町周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者（助成対象者）

氏 名		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	藤崎町大字	電話 番号	
医療機関名			
出産予定日	年 月 日	出 産 日	年 月 日

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名		預金 種別	当座・普通
口 座 番 号					
ふりがな					
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）
- ☐ 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）
- ☐ 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。
- ☐ 宿泊費に係る領収者
- ☐ 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）