

大槌町長 平 野 公 三 様

申請者

住所

氏名

⑨

連絡先 電話 ()

大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金交付申請書兼請求書

年度において大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金の交付を受けたいので、大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり申請請求します。

記

1 交付申請請求額 円

2 添付書類 別添のとおり

3 振込先

金融機関名		本・支店名	
口座種別		口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

承諾書

私は、この申請のために、大槌町職員が私の住所地を確認することを承諾します。

年 月 日

氏名 _____ (自筆の場合、印省略)

別紙 添付書類リスト

※申請者が添付する書類の□印にレ点を記入すること。

- 大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金交付申請書兼請求書
- 大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金交付申請書内訳書
- 宿泊費の領収書
- 母子健康手帳の写し
- 妊産婦本人名義と振込先口座が分かる通帳の写し
- 上記のほか、添付する必要がある書類

()