

様式第1号(第4条関係)

丹波市長 林 時彦 様

令和 年 月 日

出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付申請書兼請求書

丹波市出産・健診アクセス支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて出産・健診アクセス支援事業補助金を請求します。なお、本申請に係る健診等に対し、審査に必要な範囲で住民票及び市税の納付状況の確認を行うこと、医療機関等を確認を行うことに同意します。

申請(請求)額		円		※左記の額は、別紙様式1(裏面)で算出された補助申請額合計を記入してください									
申請者情報	(フリガナ)							生年月日		年 月 日			
	氏名												
	住所	丹波市						連絡先					
	里帰り先住所							世帯主 () 電 話 ()					
	出産(予定)日	年 月 日				退院日		年 月 日					
産科医療機関(名称)													
(所在地)													
産科医療機関(名称)(複数利用の場合)													
(所在地)													
確認項目 あてはまる項目に☑	☐ 自宅等から産科医療機関まで概ね60分以上の移動時間を要する												
	☐ 医学的な理由等で周産期母子医療センターにおいて出産する必要がある												
	理由												
	☐ 妊娠後期に分娩を取り扱わない医療機関から分娩を取り扱う医療機関に切り替えて健診等を受診する必要がある												
	理由												
移動時間	分		移動手段	自家用車 ・ タクシー ・ 電車 ・ バス ・ その他 ()									
振込先			支店	種別	口座番号						名義		
銀行 農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所	普通 当座							フリガナ		
【委任欄】 この欄は申請者以外の口座に振込を希望される場合のみ記入してください													
上記補助金の受領に関することを下記の者に委任します 委任者(申請者) _____ ⑤													
受任者住所				氏名		申請者との続柄							
生年月日				昭・平 年 月 日		電話							
【以下は市記入欄ですので記入しないでください】 ☐ チェック ☐ 入力 ☐ 起票													
支給決定年月日		年 月 日				支給決定額		円					