

敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

敦賀市長 様

申請者 住所

ふりがな
氏名

(妊婦との続柄)

連絡先

敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金実施要綱第8条の規定により、助成金の交付を受けたく次のとおり申請及び請求をします。助成金の交付が決定された際には、下記の口座に振込みをしてください。

記

1 助成対象者情報 ※事前に太枠内をご記入ください

ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年 月 日
住所等	〒 電話		
里帰り先住所 ※里帰り出産の場合に記入	〒		
総合周産期母子医療センター名称			
自宅からの距離	km		
里帰り先からの距離	km		
妊婦通院等開始日	年 月 日	妊婦通院等終了日	年 月 日
交付申請額	円	交付決定(請求)額 ※記入不要	円

2 助成金振込先 ※事前に太枠内をご記入ください

金融機関名		支店名	
種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

3 助成の有無 ※転入前の自治体に確認する場合があります

今回の妊娠において転入前の自治体で同様の助成を受けた (はい いいえ)

【添付書類】 ※添付した書類に☑をつけてください

- 敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金内訳書
- 敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業に係るハイリスク妊婦該当証明書
- 母子健康手帳の写し(受診日、出産日及び出産予定日が記載されている部分)
- 診療明細書又は領収書の写し(母子健康手帳に記載されている日以外で、妊婦健診を受診した場合)
- 交通費に係る領収書、利用証明書等(交通費について申請する場合)
- 宿泊費に係る領収書、利用証明書等(宿泊費について申請する場合)
- 振込口座が分かるものの写し