

周産期医療通院費等補助金交付申請書

年 月 日

様似町長 荒木 輝明 様

申請者 住所
氏名
(電話番号)

様似町周産期医療通院費等補助要綱により、周産期医療通院費等補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

1.申請者(妊産婦)の状況

- (1) 生年月日 年 月 日
(2) 出 産 日 年 月 日

2.地域周産期医療センター

- (1) 名 称 _____
(2) 住 所 _____
(3) 電話番号 _____
(4) 主治医氏名 _____

3.申請額

- (1) 交通費 円
(2) 宿泊費 泊 円

4.振込先

振込金融機関名	
振込口座番号	普・当
振込口座名義人	

◇役場確認欄

上記の内容について、相違ないことを確認する。

確認年月日	年 月 日
医療機関名	
主治医氏名	
確認者氏名	保健福祉課 ㊟