

伊仙町ハイリスク妊産婦旅費助成金交付申請書

年 月 日

伊仙町長 殿

申請者

住所；

氏名；

TEL；

伊仙町ハイリスク妊産婦旅費助成金交付要綱の規定に基づき、次の通り助成金の交付を申請します。

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日生
医療機関名				
治療期間		年 月 日	～	年 月 日
出産年月日		年 月 日		

(振込先)

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

町記入欄 (※以下の欄は、記入しないで下さい。)

添 付 資 料				確 認 欄				受 付 印			
母子健康手帳の写し											
ハイリスク妊産婦医師意見書											
治療を受けたことを証明できる書類											
緊急搬送に係る担当医等の証明書											
交通費の領収書											
決 裁 欄	町長	副町長	総務課長	課長	補佐	係長	係				
	ア) 申請額			イ) 助成上限額			ア又はイの低い額				
	対象者分						円				
	介添者分						円				
合 計						円					