

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

せたな町長 様

申請者 住所 せたな町
氏名 印
電話

せたな町妊産婦安心出産支援費助成申請書

せたな町妊産婦安心出産支援費助成事業実施要綱の規定による助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

助成対象者 (申請者と同じ場合 記入は不要です)	住 所	せたな町	
	氏 名		
通院交通費	妊産婦一般健康 診査を受けた医 療機関名	住所	
		名称	
		住所	
		名称	
	健診回数	回	
出産準備宿泊費	宿 泊 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	宿泊施設名		
	宿 泊 費	円	
振込口座	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店
	口座の種類	普 通 ・ 当 座 (どちらかに○をつけてください)	
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		

※振込先は、申請者名義の口座としてください。