

東吾妻町安心出産・宿泊支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

東吾妻町長 あて

年 月 日

住所 東吾妻町大字

番地

電話

妊婦氏名

㊞

東吾妻町安心出産・宿泊支援事業補助金交付要綱第4条及び第6条の規定により、下記のとおり交付申請及び実績を報告します。

記

1. 実施内容等

出 産	出産年月日		出産医療機関名		出産医療機関住所	
	年	月 日				
宿 泊 費	宿泊施設名及び住所		宿泊期間 宿泊日数	1日宿泊費 合計宿泊費	補助額	妊婦等付き添い者 (続柄)
	名称		月 日～ 月 日	1日宿泊費 円	円	()
	住所		宿泊日数 日間	合計宿泊費 円		
	名称		月 日～ 月 日	1日宿泊費 円	円	()
住所		宿泊日数 日間	合計宿泊費 円			
交 通 費	交通機関名称及び住所		利用年月日	交 通 費	補 助 額	備考
	名称			円	円	
	住所					
申請額（補助額）					円	

2. 振り込み口座等

金融機関名		種目	口座番号					
銀行・信金	本店・本所	普通						
信組・労金	支店・支所	当座						
農協	出張所	その他						
ゆうちょ銀行	記号	番号						
フリガナ								
口座名義人								

添付書類：①宿泊施設の領収書 ②交通機関の領収書

※振り込み口座の預金通帳・母子健康手帳（出産状況の頁をコピーします）をお持ちください。

※振込先金融機関名義人と申請者が異なる場合には委任状が必要になります。