

糸魚川市出産時宿泊費助成金交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市

氏 名

電話番号

糸魚川市出産時宿泊費・交通費助成要綱第5条第1項の規定により、次のとおり宿泊費の助成金の交付を受けたいので申請します。

なお、この申請に関し、私の住民登録について必要な調査をされること及び宿泊施設等へ照会されることに同意します。

氏名	ふりがな 妊婦		
	ふりがな 付添人 申請者との続柄 ()		
出産日	年 月 日	出産医療機関	
宿泊回数	宿泊日	宿泊者	宿泊施設への支払済額
1	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
2	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
3	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
4	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
5	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
6	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
7	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
8	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
9	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
10	年 月 日	妊婦 ・ 付添人	円
振込指定 金融機関	銀行・信組 本店 支店		預金 種別
	金庫・農協		普通 ・ 当座
	フリガナ		
	口座名義人		口座 番号

※提示書類：上記の支払済額が確認できる領収証及び母子健康手帳

(注) 1 複数の宿泊施設分をまとめて申請できます。

2 助成額は、1泊当たり一人上限5,000円です。