

様式第1号（第4関係）

岩手町妊婦応援助成事業助成金交付申請（請求）書

年 月 日

岩手町長 様

申請者（妊婦健診受診者）

住所

氏名

㊞

岩手町妊婦応援助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

交付申請額	円（妊婦健診受診回数 回）			
妊婦	ふりがな		生年月日	年 月 日生 (歳)
	氏 名			
住所	〒			電話
助成金の振込先	金融機関名		支店名	
	口座の種類	普通・当座	口座番号	
	口座名義人（申請者と同じ名義とする。）			
※転出入等の時期	年 月 日 転出 ・ 転入 ・ その他 ()			

※転出入等の方の場合のみ、ご記入ください。

備考 添付書類は、次のとおりです。

- (1) 母子健康手帳の妊婦健診受診状況記入欄の写し