

年 月 日

平川市周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付申請書・承諾書

平川市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

平川市周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり
関係書類を添えて申請します。

なお、税情報及び住民基本台帳情報等の助成金の交付に必要な情報について、調査することについて承
諾します。

記

助成金交付申請額 円

振込先	金融機関	金融機関名		店 名
		銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合		本店・支店 本所・支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

（添付書類）

- （１）交通費に係る領収書（有料道路及び有料駐車場利用料。タクシー利用時は発着地を記載する。）
- （２）宿泊費に係る領収書
- （３）周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金申請書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第 1 号様式）
- （４）青森県周産期母子医療センターNICU・GCU面会状況報告書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第 2 号様式）
- （５）通帳の写し