様式第１号（第４条関係）

大空町妊産婦健康診査等交通費助成金交付申請書（兼）請求書

　大空町妊産婦健康診査等交通費助成金交付要綱第４条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

　また、同要綱第５条の規定に基づく交付決定があった場合には、交付決定された助成金を請求します。

年　　　月　　　日

　大空町長　様

住　所

申請者

氏　名

（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　）

里帰り先住所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交通費 | 円 | 助成額 | 円 |
| 里帰り | 交通費 | 円 | 助成額 | 円 |
| 宿泊費 | 円 | 助成額 | 円 |
|  |  |  |  |
| 振込先金融機関 | 預金種目 | 口座番号 |
|  | 銀行信用金庫信用組合農業協同組合漁業協同組合　　　　　　　　　 | 本店支店本所支所 | １ 普通２ 当座 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
|  |
| 　上記の妊産婦健康診査等交通費助成金の受領を　　　　　　　　　　に委任します。 |
|  | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |