

様式第1号（第6条関係）

泊村妊産婦安心出産支援事業助成申請書兼請求書  
( 年 月～ 年 月分)

年 月 日

泊村長 様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
(電話 \_\_\_\_\_)

下記のとおり、泊村妊産婦安心出産支援事業助成金を受けたいので、関係書類を添えて申請・請求します。

|                                 |       |  |
|---------------------------------|-------|--|
| 助成対象者                           | 住 所   |  |
|                                 | 氏 名   |  |
| 健康診査を受けた<br>医療機関および<br>出産した医療機関 | 住 所   |  |
|                                 | 医療機関名 |  |
|                                 | 住 所   |  |
|                                 | 医療機関名 |  |

- ※ 産後の妊産婦健康診査の場合は、領収書を添付してください。
- ※ 申請書の提出期限は、妊娠が終了した日から1年以内です。
- ※ 健康診査を受けた医療機関等が2箇所以上ある場合は、2箇所記入してください。

※泊村確認欄（以下の記入は必要ありません）

| 医療機関等の所在地 | 1回当たりの助成金の額 | 回数 | 助成金合計 | 備考 |
|-----------|-------------|----|-------|----|
| 倶知安町      | 円           | 回  | 円     |    |
| 小樽市       | 円           | 回  | 円     |    |
| 札幌市       | 円           | 回  | 円     |    |
| 計         |             | 回  | 円     |    |

泊村妊産婦安心出産支援事業助成申請書兼請求書  
(令和〇年4月～〇年6月分)

平成28年8月1日

泊村長 様

住所 泊村大字茅沼村字白別 191-7

申請者 氏名 泊 花子 ㊞

(電話 090-〇〇〇〇-××××)

下記のとおり、泊村妊産婦安心出産支援事業助成金を受けたいので、関係書類を添えて申請・請求します。

|                                 |       |                  |
|---------------------------------|-------|------------------|
| 助成対象者                           | 住所    | 泊村大字茅沼村字白別 191-7 |
|                                 | 氏名    | 泊 花子             |
| 健康診査を受けた<br>医療機関および<br>出産した医療機関 | 住所    | 倶知安町北4条東1丁目2番地   |
|                                 | 医療機関名 | 倶知安厚生病院          |
|                                 | 住所    |                  |
|                                 | 医療機関名 |                  |

- ※ 産後の妊産婦健康診査の場合は、領収書を添付してください。
- ※ 申請書の提出期限は、妊娠が終了した日から1年以内です。
- ※ 健康診査を受けた医療機関等が2箇所以上ある場合は、2箇所記入してください。

※泊村確認欄（以下の記入は必要ありません）

| 医療機関等の所在地 | 1回当たりの助成金の額 | 回数 | 助成金合計 | 備考 |
|-----------|-------------|----|-------|----|
| 倶知安町      | 円           | 回  | 円     |    |
| 小樽市       | 円           | 回  | 円     |    |
| 札幌市       | 円           | 回  | 円     |    |
| 計         |             | 回  | 円     |    |

(例) 4～6月に受診した妊産婦健康診査の交通費を請求する場合

1. 請求期間を「令和○年4月～○年6月分」と記入してください。
2. 日付・住所・氏名（妊産婦本人）・電話番号を記入し、押印願います。
3. 助成対象者の欄に住所・氏名を記入して下さい。
4. 医療機関の欄に住所・医療機関名を記入してください。

※健康診査を受けた医療機関等が2箇所以上ある場合は、2箇所記入してください。ただし、里帰り出産は含みません。

5. 産後の妊産婦健康診査の場合は、領収書のコピーを添付してください。

請求期間内に健康診査を受けた医療機関・回数については、役場で把握していますので「泊村確認欄」には何も記入しないようにしてください。