

様式第1号（第6条関係）

小豆島町セミオープンシステムによる出産費用補助金交付申請書及び概算払請求書

年 月 日

小豆島町長 殿

申請者 住 所 小豆島町
氏 名
連絡先

小豆島町セミオープンシステムによる出産費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり、関係書類を添えて申請（請求）します。

連携病院	<input type="checkbox"/> 香川大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 香川県立中央病院 <input type="checkbox"/> 高松赤十字病院		
補助金 申請額	連携病院での妊婦健診に係る交通費等	交通費	① 円
	連携病院で出産するための滞在費等	滞在費	<input type="checkbox"/> 宿泊施設 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約 ② 円
		準備金	③ 20,000 円
		交通費	④ 円
	合 計 (①+②+③+④)		円
概算払を <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する		概算払請求額 (②+③) 円	

- 必要書類 (1) 母子健康手帳の写し（妊娠経過の分かるもの）
(2) 小豆島中央病院セミオープンシステム利用計画書
(3) ホテル等の予約確認ができるもの又はマンション賃貸契約の請求書
(4) 申請者名義の預金通帳の写し等（金融機関、口座番号がわかるもの）
(5) その他町長が必要と認める書類

【補助金受取口座】

口座情報	金融機関名		支店名	
	金融機関コード		支店コード	
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ 氏 名		

※ 受取口座は、申請者名義の口座をご記入ください。

※ ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。